

به نام خدا

شیوه نامه اجرایی محله ارتقا دهنده سلامت (مردمی سازی محله سالم)

دفتر آموزش و ارتقای سلامت

کارگروه آموزش، ارتباطات و مشارکت اجتماعی

بهمن ۱۴۰۲

Contents

۳	مقدمه:
۸	اسناد بالادستی:
۹	مفاهیم:
۱۷	اهداف:
۱۸	ساختار محله ارتقا دهنده سلامت
۱۸	راهبردها، سیاستها:
۲۰	ارکان ستادی
۲۳	ارکان ستادی شهرستان:
۲۴	ارکان اجرایی محله ارتقا دهنده سلامت
۲۴	۱. هیئت امنای مرکز
۲۶	۲. کانون فرهنگی اجتماعی سلامت
۳۸	پیوستها:
۳۸	نحوه اقدام عملی برای تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله
۴۶	شیوه نظارت بر اجرای برنامه
۴۹	نقش و وظایف دست اندرکاران
۵۱	دستورالعمل تشکیل تیم اجرایی اولیه
۵۳	فرم شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله ارتقا دهنده سلامت
۷۱	استانداردهای گروه های مردمی
۷۴	دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه در محله ارتقا دهنده سلامت
۹۰	دستورالعمل اجرایی برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت
۱۱۱	شاخص های محله ارتقا دهنده سلامت

مقدمه:

طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع که از ۱۷ سال قبل به نام طرح پزشکی خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در حال اجرا بوده است به منظور ارتقای کیفیت زندگی و افزایش سطح سلامت مردم طراحی گردیده است و مشارکت مردم و سازمان ها برای دستیابی به این اهداف بخش جدایی ناپذیر طرح سلامت خانواده و نظام ارجاع می باشد که در شهرهای بالای بیست هزار نفر این موضوع اهمیت بیشتری می یابد. برخورداری از بالاترین حد استانداردهای مطلوب و قابل حصول سلامت از بدیهی ترین حقوق مسلم هر انسانی است به استناد قانون اساسی تامین سلامت به عهده وزارت بهداشت و سایر بخش های توسعه می باشد اما تحقق این امر بدون درگیری آگاهانه ذینفعان امکان پذیر نمی باشد لذا در **کنفرانس بین المللی آلما آتای (۱۹۷۸)** مشارکت به عنوان بخش اساسی از سیاست های بهداشتی شناخته شده و از سوی دیگر در مکتوبات بین المللی « آموزش سلامت » را به عنوان نقطه آغاز فعالیت مشارکتی اعضای جوامع محلی در طراحی و تصمیم گیری برنامه های سلامت توصیه نمود و در **منشور اوتاوا (۱۹۸۵)** مفهوم جدید ارتقای سلامت را مطرح نمود و رویکرد جدید آموزش سلامت مبتنی بر مشارکت مردم طراحی گردید.

امروزه میزان مشارکت جوامع در برنامه های دولت ها یکی از شاخص های مهم ارزیابی میزان توفیق و روند توسعه در جوامع محسوب شده و حکومت ها تلاش می نمایند هر چه بیشتر آحاد جامعه را در برنامه ریزی ها و اجرای مداخلات مشارکت داده و با برنامه های خود آشنا نموده و از مردم در تامین امنیت سلامت کمک بگیرند. از طرفی بسیاری از برنامه ها و مداخلات در برنامه های جامع کشوری نیازمند ارتقای دانش عمومی تغییر باورها و نگرش ها، توسعه و ارتقای رفتار و نهایتاً فرهنگ سازی عمومی است

جامعه سالم جامعه ایست که در آن برای همه افراد فرصت دسترسی برابر به کالاها و خدماتی که برای کارکرد تام و تمام یک شهروند ضروری است، به طور عادلانه وجود داشته باشد. پنج مؤلفه برای این منظور در نظر گرفته شده است که عبارتند از: ادغام اجتماعی؛ پذیرش اجتماعی؛ مشارکت اجتماعی؛ شکوفایی اجتماعی؛ و انسجام اجتماع، نیازمند به حرکتی عظیم در این راستا می باشیم. رکتی که بی شک دارای اهدافی بزرگ و نیازمند به برنامه جامع و مدون خواهد بود.

لذا اولویت مردمی سازی و مشارکتی شدن برنامه ها در حوزه بهداشت به عنوان یک ضرورت و نه یک انتخاب در اولویت های رویکردهای معاونت بهداشت و دفتر آموزش و ارتقای سلامت قرار گرفته است.

در مردمی سازی سلامت مطالعات متعدد بیانگر آن است که با آموزش بهداشت و اعتلای سواد سلامت و توسعه مهارت های زندگی، سلامت فرد و جامعه افزایش می یابد، خصوصاً زمانی که مردم مشارکت داشته باشند و به مشارکت به عنوان فرآیند نگاه شود و مردم در تمامی مراحل این فرآیند شریک باشند در رویکرد ارتقای سلامت، آموزش سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه و با هدف افزایش سلامت از طریق توسعه دانش و مهارت به منظور قادر سازی مردم برای اتخاذ انتخاب های آگاهانه در باره سلامت طراحی می شود.

در شکل گیر رفتارهای سالم و افزایش سواد سلامت آن چیز که به اندازه اقدامات آموزشی و بهبود نگرش در حیطه فردی مهم است، ایجاد محیط های حامی سلامتی است که فرد در آن زندگی می کند، کار می کند و به فعالیت های روزمره مشغول است. بعد از خانواده کوچک ترین واحد کلیدی اجتماعی، محله است و لذا محله های ارتقا دهنده سلامت (حامی سلامت) جهت داشتن جامعه ای با رفتارهای بهداشتی یک ضرورت بهداشتی و امری اجتناب ناپذیر است که در ۳ دهه گذشته در راستای افزایش سواد سلامت جامعه در نظام سلامت ایران (PHC) شکل گرفته است و نیازسنجی سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) تا برنامه ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت با تکیه بر مشارکت مردم و ظرفیت های سازمانی، اجتماعی محله را شامل می شود.

در کشور جمهوری اسلامی ایران در راستای جلب مشارکت مردم در برنامه های بهداشتی برنامه «**رابطان بهداشت**» از سال ۱۳۷۲ به اجرا درآمد نتایج چشمگیر و قابل توجه این طرح در افزایش آگاهی و تغییر رفتار بانوان به عنوان ستون و بنای هر خانواده موجب تشویق و حساس سازی مسوولین نظام سلامت و سایر ارگان ها و سازمان های توسعه جهت توسعه و استفاده گسترده تر از این استراژی گردید.

از سال ۱۳۹۴ دستورالعمل برنامه خود مراقبتی طی نامه شماره ۱۱۱۸۴/۳۰۳ مورخ ۱۳۹۴/۰۷/۲۰ به عنوان یکی از استراتژی های منتخب معاونت بهداشت در ترویج رفتارهای سالم و توسعه محیط های حامی سلامت به تمامی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ گردید. از سال ۱۴۰۰ در میانه بحران کوید ۱۹ و نیاز به واکسیناسیون گسترده سریع و همچنین مقابله با شیاعاات آسیب زای فراوان و اینفودمی مرگ بار، برنامه ارتباطات خطر و مشارکت اجتماعی (RCCE) به عنوان برنامه ضروری شکل دهنده رفتار سالم و مشارکت مردمی در برخورد با شرایط اضطراری بهداشت توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت ابلاغ گردید.

پیش از این به منظور توسعه فرهنگ سلامت و رفتارهای سالم در سطح جامعه طی نامه شماره ب ۳۶۵۰/۳ مورخ ۱۳۸۶/۰۷/۲ «نظام جامع جلب مشارکت جامعه در توسعه و تعمیق برنامه های نظام سلامت» به معاونت های بهداشت سراسر کشور توسط مدیرکل محترم دفتر ارتباطات و آموزش سلامت جهت اجرا ابلاغ گردید بود و در سال ۱۴۰۲/۰۵/۲۲ مجدداً نسخه بروز شده آن ابلاغ گردید.

در برنامه «سلامت خانواده و نظام ارجاع» دستیابی به عدالت در سلامت یک هدف اصلی است و تمام افراد و خانواده ها به ویژه اقشار آسیب پذیر و محروم در اولویت هستند و با توسعه برنامه های مشارکت اجتماعی از جمله داوطلبان سلامت، خودمراقبتی فردی و خانواده و محله ارتقا دهنده سلامت می توان برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع محله محور را با مشارکت مردم و بین بخشی به نحو مؤثر اجرا نمود.

سلامت در همه ابعاد خود به شرایطی که افراد در آن به دنیا آمده، رشد کرده، تحصیل و کار می‌کنند بستگی دارد و تمامی عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی و محیط‌زیست بر آن اثر می‌گذارند. حفظ سلامت از مهم‌ترین نیازهای جوامع انسانی است که مسوولیت آن هم بر عهده حکومت و هم بر عهده خود افراد است.

اصول ۳، ۲۹، ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری شمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت های خود را جهت تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد بسیج کند.

کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در سال ۲۰۰۸ گزارش نهایی خود را تحت عنوان، ترمیم شکاف: عدالت در سلامت به واسطه اقدام عملی در رابطه با عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت منتشر کرد. این گزارش یادآور می‌شود: «عدالت اجتماعی با مرگ و زندگی رابطه مستقیم دارد و بر نحوه زندگی افراد، میزان احتمال ابتلا به بیماری و خطر مرگ زود هنگام تاثیرگذار است ... دستیابی به عدالت در برخورداری از سلامت طی یک نسل، امری امکان‌پذیر و اقدامی درست است و اکنون زمان مناسبی برای این کار است.

دستیابی به این هدف مستلزم رویکردی یکپارچه در جامعه است؛ بدین معنا که بخش‌های مختلف از قبیل بهداشتی، آموزشی، مسکن، کار، دادگستری، حمل و نقل، کشاورزی و محیط‌زیست، همگی باید برای بهبود شرایط همکاری کنند. برای آنکه این رویکرد موفقیت‌آمیز باشد، لازم است در سطح فردی، خانواده، جوامع و دستگاه‌های اجرایی، تغییراتی ایجاد شود که لازمه آن، اتخاذ راهبردهای زیست‌محیطی، اقتصادی و سیاستی به موازات تغییرات رفتاری در سطح فردی و اصلاحات ارایه خدمات بهداشتی است. علاوه بر این، ایجاد اتحاد، همبستگی و مشارکت بین گروه‌های مختلف، جوامع مدنی، سازمان و نهاد از لوازم تحقق این رویکرد است.

منظور ما از جامعه، گروهی از افراد است که در یک محل مشترک زندگی می‌کنند و تجربه یا علایق مشترک برخوردارند.

محله‌های شهری به عنوان کوچک‌ترین واحد سازمان فضایی شهر در پایداری شهری نقشی اساسی ایفا می‌کنند، به گونه‌ای که شکل‌گیری هویت محله‌ای، اقتصاد محلی، ایمنی، توسعه فضایی و کالبدی و تحکیم روابط اجتماعی با پایداری محله‌های شهری ارتباط می‌یابد.

منظور از سلامت محله رفاه همه اعضای آن در محله است. هرچه اعضای یک محله از وضعیت اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی، نهادی و ارتباطی بهتری برخوردار باشند، آن محله از سلامت بیشتری برخوردار است.

ظرفیت جامعه به توانایی اعضای جامعه برای ایجاد تفاوت در طول زمان و در موضوعات مختلف اشاره دارد. ظرفیت چیزی یکبار مصرف نیست. مانند یادگیری دوچرخه‌سواری، این چیزی نیست که وقتی آن را تجربه کردید ناپدید شود، مثلاً وقتی دوچرخه‌سواری می‌کنیم، هر چه بیشتر تمرین کنیم بهتر می‌شویم.

در محله باید همکاری‌های ائتلافی صورت گیرد. آنها، نهادهایی هستند که برای بهبود وضعیت محله کار می‌کنند. آنها افراد را تشویق می‌کنند تا با همکاری یکدیگر تغییر مثبتی در محله ایجاد کنند. برای مثال، در اقدامی برای بهبود وضعیت آموزش ممکن است کارکنان مدرسه، مربیان، کسبه، جوانان و افراد سالخورده همکاری کنند. زیرا چنین مشارکت‌هایی افراد را از همه طیف‌های مختلف محله گردهم می‌آورد و تلاش آن‌ها اغلب امکان بیشتری برای موفقیت فراهم می‌کند.

مراقبت از سلامت محله و توسعه آن هم علم است و هم هنر. این مراقبت بر مبنای تجارب کنشگران و صاحبان حرفه حاصل می شود که دائماً برای ایجاد نظامها و اجرای برنامه های معطوف به بهبود وضع زندگی و سلامت همگان در محله ها در تلاش اند و درس می آموزند. مراقبت از سلامت محله از طرف دیگر، موضوعی است که از اشتیاق به عدالت اجتماعی، برابری و انصاف سرچشمه می گیرد و باعث می شود افراد به صورت داوطلبانه و رایگان و یا با قبول دستمزدی اندک برای ایجاد محله ای حقیقتاً سالم کار کنند؛ محله ای که در آن نیازهای تمام شهروندان، فارغ از پیشینه یا اوضاع و احوالی که دارند، برآورده می شود.

منظور از طراحی برنامه برای پرداختن به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت چیست؟

بسیاری از جوامع با هدف بهبود سلامت شهروندان برنامه هایی را به اجرا می گذارند که منظور از آنها عموماً تغییر رفتارهای فردی به واسطه فراهم آوردن فرصت و اطلاعاتی است که ترک اعتیاد به مواد مخدر یا دخانیات، ورزش بیشتر، مصرف غذاهای سالم تر، یا دسترسی به معاینات پزشکی برای انواع بیماری ها را تسهیل می کنند. هر چند این اقدامات مسلماً نتایج خوبی به بار می آورند، اما اغلب عوامل اجتماعی را که دست کم تا حدودی موجب وضعیت خوب یا بد بهداشتی می شوند، مدنظر قرار نمی دهند.

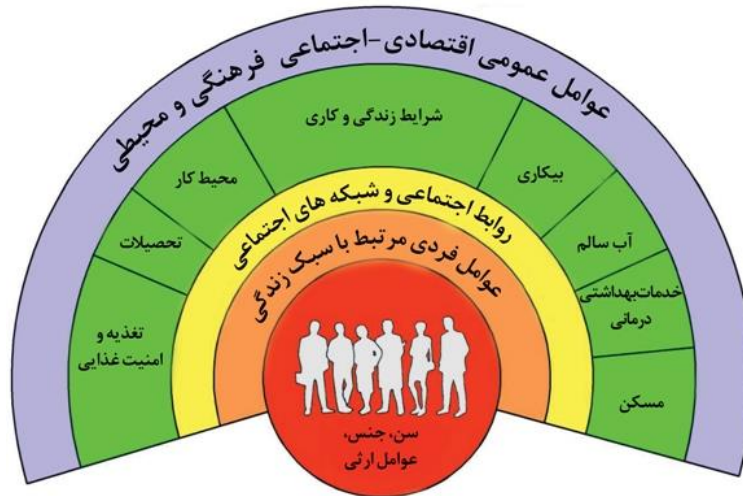
اگر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را به خوبی نشانه رویم، قادریم جامعه ای سالم تر ایجاد کرده و کیفیت زندگی را برای همگان بهبود بخشیم.

نهادینه کردن این رویکرد علاوه بر افزایش مشارکت ساختارمند، آگاهانه و داوطلبانه مردم، نیازمند جلب همکاری سایر دستگاهها و تقویت مسوولیت پذیری و پاسخگویی اجتماعی در قبال سلامت است.

چنین برنامه هایی فرایندی مشارکتی را به خدمت می گیرند که تمام بخش های جامعه را شامل می شود. مشارکت همه افراد، گروهها و سازمانها در تمام زمینه ها و بخش های جامعه به ایجاد اشراف یا حس تملک در جامعه منجر خواهد شد. وقتی که گروه های آسیب دیده در مراحل برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی مشارکت کنند، برنامه می تواند نیازهای جامعه را به بهترین نحو برآورده سازد.

هدف گیری عوامل اجتماعی ریشه نابرابری ها را نشانه می گیرد. عوامل اجتماعی مانند درآمد نابرابر، ریشه بسیاری از مشکلات در زمینه سلامت و توسعه هستند. البته می توانید معلول های این نابرابری ها را رفع کنید، ولی اگر عوامل را ریشه کن نکنید، تلاش های شما تأثیر درازمدت نخواهند داشت.

تلاش برای رفع عوامل اجتماعی، به واسطه ایجاد عدالت بیشتر منجر به تحولات اجتماعی خواهد شد. معلوم شده که عدالت بیشتر در جوامع، موجب عمر طولانی تر برای همگان شده و به واسطه کاهش ناخشنودی و تقویت روابط اجتماعی به آرامش و ثبات بیشتر می انجامد.



جهت افزایش اثربخشی برنامه های آموزشی و شکل گیری رفتار سالم فردی و گروهی و در نتیجه تأمین عدالت در سلامت تأثیر بر تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر سلامت ضروری است، بدین منظور با توجه به تجربیات کسب شده از راه اندازی، استقرار و فعالیت محله های ارتقا دهنده سلامت، کانون های سلامت محله، شورای ارتقای سلامت محله، شناسایی نقاط قوت و ضعف به منظور حفظ و ارتقای سرمایه های اجتماعی ایجاد شده ضروری است تا با مشارکت سازمان ها و نهادهای فعال در محله (بسیج - شهرداری - پایگاه / مرکز بهداشتی درمانی / خانه بهداشت - مدرسه - مساجد - سازمان های مردم نهاد - معتمدین و ائمه جماعات و...) ضمن اصلاح رویکردها، تغییرات ساختاری در نحوه اداره محله های ارتقا دهنده سلامت، کانون های فرهنگی اجتماعی سلامت محله تشکیل شود.

اسناد بالادستی:

بند ۲ ابلاغ سیاست های کلی سلامت مقام معظم رهبری:

تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین و سیاست های اجرایی و مقررات با رعایت:

۲-۱ اولویت پیشگیری بر درمان

۲-۲ روز آمد نمودن برنامه های بهداشتی و درمانی

بند ۱۱ ابلاغ سیاست های کلی سلامت (مقام معظم رهبری):

افزایش آگاهی، مسوولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان های فرهنگی، آموزشی و رسانه ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

ابلاغ سیاست های کلی برنامه هفتم با اولویت پیشرفت اقتصادی توأم با عدالت:

بند ۱۲ امور زیربنایی: ارتقاء نظام سلامت بر اساس سیاست های کلی سلامت

مفاهیم:

سلامت:

در سال ۱۹۴۷، سازمان جهانی بهداشت (WHO) تعریف گسترده و جامعی از سلامت ارائه کرد که عبارت است از "حالت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری یا ناتوانی." این یک تعریف جامع از سلامت است که کلیه عوامل مؤثر در سلامت انسان شامل رشد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی به صورت فردی و اجتماعی را پوشش می دهد. این دیدگاه، به جای طبقه بندی بیماری هایی که موجب ناخوشی یا مرگ می شوند، بر روی وضعیت و شرایط زندگی تأکید داشته و سلامتی را برابر با زندگی مولد و خلاق تلقی می نماید؛ و همچنین عوامل اقتصادی را به عنوان شاخص مهم در سلامت معرفی می کند. سلامتی یک حق اساسی بشر و هدف سلامت برای همه یک هدف مهم است. به طور عمده بهبود کیفیت زندگی و توسعه انسانی تنها از طریق همکاری بخش های مختلف و از طریق افراد جامعه، دولت و سازمان های بین المللی قابل دستیابی است. بدیهی است برخی عوامل مهم تأثیرگذار در وضع سلامت خارج از حوزه بخش بهداشت و درمان (وزارت بهداشت) است و در نتیجه سلامت با جدایی بخش بهداشت و درمان از سایر بخش ها تحقق نمی یابد. و بر این اساس دستیابی به هدف سلامت برای همه نیازمند دخالت و همکاری تمام بخش های اجتماعی، سیاسی و محیطی است

سلامت برای همه:

در سی امین مجمع سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۷، طی قطعنامه ۳۰.۴۳ تصمیم گرفته شد که هدف عمده و اصلی اجتماعی باید «دستیابی تمام مردم جهان تا سال ۲۰۰۰ به سطحی از سلامتی باشد که بتواند به آنها اجازه گذران زندگی مولد از نظر اجتماعی و اقتصادی را بدهد». اصل اساسی در استراتژی سلامت برای همه، پرداخت به مفهوم عدالت در سلامت یعنی ایجاد فرصت های برابر برای تمام مردم جهت دسترسی به سلامتی و بهداشت مناسب است. سلامت برای همه، توزیع عادلانه منابع بهداشتی در میان جمعیت است به طوری که همه مردم به منابع و خدمات موجود دسترسی داشته و در راستای دستیابی به سلامت و بهداشت بیشتر قادر به استفاده از آنها باشند. سلامت برای همه بهبود شرایط را نه تنها در دسترسی به خدمات بهداشتی، بلکه در رابطه با فرصت های اجتماعی و اقتصادی، به دنبال خواهد داشت. به علت عدم کارایی و کمبودهایی در راهکارها و استراتژی های برنامه، هدف سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ شکست خورد که نشانه کاستی های استراتژیک، کم رنگ بودن نقش جامعه، همکاری بین بخشی ضعیف، رویکرد توسعه ای از بالا به پایین و تمرکز بر سرمایه گذاری در زیرساخت های فیزیکی است در حالی که از ابعاد انسانی توسعه غفلت شده است. هدف سلامت برای همه، توسط یک بخش به تنهایی قابل دسترس نبوده و نیازمند رویکرد توسعه بخش های مختلف ناشی از مشارکت فعال در بین جوامع و سایر دست اندرکاران برنامه می باشد. این امر نیازمند بازنگری در سیاست ها، تغییر نگرش در استفاده از منابع موجود و اتخاذ مکانیسم های جدید است تا زمانی که از توزیع عادلانه تر خدمات بهداشتی - درمانی اطمینان حاصل شود.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی:

مفهوم مراقبت‌های اولیه بهداشتی در کنفرانس بین‌المللی در آلمان که در سال ۱۹۷۸ برگزار شد، به تصویب رسید و به عنوان یک استراتژی کلیدی برای دستیابی به هدف سلامت برای همه پذیرفته شد؛ و رهبران بهداشتی در سازمان جهانی بهداشت در این زمینه موافقت کردند که مراقبت‌های اولیه بهداشتی، می‌بایست بر اساس روش‌های عملی و نظریه علمی قابل قبول از نظر اجتماعی و تکنولوژی بنا شود که در دسترس همه جوامع بوده و با مشارکت کامل جامعه و با هزینه مقرون به صرفه در اختیار آنها قرار گیرد. در واقع مراقبت‌های اولیه بهداشتی یک بخش لاینفک از نظام سلامت ملی، در راستای توسعه اجتماعی و اقتصادی جامعه بوده که مرحله اولیه از تماس افراد، خانواده و جامعه با سیستم بهداشت کشور است و تا آنجا که امکان دارد به نزدیک‌ترین مکان زندگی و کار مردم آورده می‌شود؛ و به منزله مرحله اولیه و اولین سطح از هر روند مراقبت‌های بهداشتی مداوم است.

رویکرد مراقبت اولیه بهداشتی مبتنی بر اصول ذیل است:

- حصول اطمینان از دسترسی برابر و همگانی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی؛
- به‌کارگیری روش‌های قابل قبول از نظر اجتماعی، فرهنگی و علمی؛
- ارائه مراقبت‌های بهداشتی در سراسر کشور با هزینه مقرون به صرفه؛
- ارتقای خودباوری و استفاده از روش‌های مقرون به صرفه و مورد اعتماد؛
- تشویق هماهنگی و همکاری بین‌بخشی در تمام سطوح؛
- تشویق به مشارکت کامل جامعه در برنامه‌ریزی و اجرا.

ارتقای سلامت

اصول ارتقای سلامت مبتنی بر حقوق انسانی است در این دیدگاه مردم به‌عنوان مشارکت‌کنندگان فعال متخصصان و مردم به‌طور دوجانبه در فرایندهای توانمندسازی درگیر هستند. نقش متخصصان حمایت و فراهم‌ساختن گزینه‌ها جهت قادر ساختن مردم در راستای انتخاب آزادانه خود و آگاه ساختن آنان از تعیین‌کننده‌های سلامت و همچنین قادر ساختن مردم است در این مفهوم ارتقای سلامت شرایط مطلوبی در راستای هماهنگی بین تلاش‌های افراد، گروه‌ها و پیامدهای سلامتی ناشی از آن تلاش‌ها ایجاد می‌شود.

با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت، ارتقای سطح سلامت عبارت است از روندی که برای فرد و جامعه امکان کنترل بهتر و بیشتر عوامل تأثیرگذار بر سلامت و نیز بهبود وضع سلامت محیط را ایجاد می‌نماید. منشور اوتاوا برای ارتقای سلامت که در سال ۱۹۸۶ به تصویب رسید، پنج عنصر از چارچوب استراتژیک خود را به شرح ذیل توصیف می‌نماید:

- ایجاد سیاست بهداشت عمومی؛
- ایجاد محیط‌های حمایت‌کننده؛
- تقویت اقدامات جامعه؛
- توسعه مهارت‌های شخصی؛

- دوباره تطبیق دادن و بازنگری خدمات بهداشتی و درمانی.

مشارکت مردمی:

مشارکت مردم در کانون اجتماعی فرهنگی سلامت «آگاهانه، داوطلبانه، مسئولانه و عادلانه» است.

محله:

در لغت نامه دهخدا محله این گونه معنی شده است: «کوی، برزن و یک قسمت از چندین قسمت شهر»

محله های شهری به عنوان کوچک ترین واحد سازمان فضایی شهر در پایداری شهری نقشی اساسی ایفا می کنند، به گونه ای که شکل گیری هویت محله ای، اقتصاد محلی، ایمنی، توسعه فضایی و کالبدی و تحکیم روابط اجتماعی با پایداری محله های شهری ارتباط می یابد.

یا

در این دستورالعمل محله عبارت از یک حوزه جغرافیایی مشخص است که در مناطق شهری و روستایی بر اساس جمعیت تحت پوشش هر یک از پایگاه های سلامت /خانه بهداشت منطبق است.

جامعه:

یک جامعه جمعیتی سازمان یافته از اشخاصی است که با هم در سرزمینی مشترک سکونت دارند به وسیله همکاری در گروه ها نیازهای اجتماعی، ابتدایی و اصلی شان را تأمین می کنند و با مشارکت در فرهنگی مشترک به عنوان یک واحد اجتماعی متمایز شناخته می شود استمرار وجود روابط اجتماعی پیچیده، ترکیب متنوع، هویت جغرافیایی، فرهنگ مشترک از اشتراکات تعاریف مختلف از جامعه هستند.

کانون: تشکل جامعه محور محلی است که در آن مردم باهدف ارتقای شاخص های کیفیت زندگی خود و جامعه محلی مشارکت می نمایند. ماهیت فعالیت این کانون ها غیرسیاسی، غیردولتی و داوطلبانه است.

کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله:

- سازوکاری ساختارمند برای مشارکت پایدار مردم، نهادها و جوامع محلی در ارتقای سلامت با لحاظ نمودن عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است.
- یک تشکل اجتماع محور محلی است که مردم و نمایندگان سازمانها و نهادهای محلی در آن باهدف ارتقای سطح سلامت شهروندان و محلهها، بهبود فضای کسب و کار و وضعیت اقتصادی محله و ارتقای سرمایههای اجتماعی و روحیه نشاط و شادابی شهروندان فعالیت می کنند.
- ماهیت فعالیت این کانونها غیرسیاسی است و انجام فعالیتهای سیاسی در این کانونها ممنوع است.

شورای ارتقای سلامت محله:

نماد مشارکت مردم و همکاری بین بخشی است که متشکل از نمایندگان بخشهای مردمی شامل رییس و دبیر کانون سلامت، نماینده داوطلبان سلامت محله، داوطلبان متخصص، نخبگان به همراه مسئولین و معتمدین تاثیر گذار محله از جمله: مدیران مدارس، آتش نشانی، کلانتری، نیروی انتظامی، ائمه جماعات، بسیج، خیرین، اساتید دانشگاه، نماینده شورای شهر یا روستا و... در سطح محله است.

خوشه بندی محله

پس از انجام سرشماری و شناسایی جمعیت تحت پوشش بر اساس نقشه ی محله جمعیت را به خوشههایی تقسیم می کنیم تا کارکردن در آن آسان تر شود (طبق بلوک بندی برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع). در خوشهها می توان حداکثر ۱۰۰ خانوار وجود داشته باشد. به عنوان مثال اگر محله ما ۲۰ هزار نفر جمعیت دارد و هر خانوار هم ۴ نفر باشد به ۵۰۰۰ خانوار تقسیم می شود که اگر در هر خوشه ۱۰۰ خانوار قرار گیرد ما ۵۰ خوشه خواهیم داشت. یعنی ما نوعی سازماندهی کردیم و جمعیت ما از نظر وسعت و تعداد تقسیم بندی شده در خوشهها مشخص شده است.

انتخاب سرخوشه

در این خوشهها از بین افرادی که داوطلب شدهاند با گفتگو و توجیه بیشتر و با ملاحظاتی، افراد باسواد کافی که مطلب را راحت تر درک کرده و اطلاعات را به جمعیت تحت پوشش خود در خوشه با موفقیت بیشتر منتقل کند به عنوان سرخوشه انتخاب می کنیم سرخوشه بر حسب منطقه، سواد حداقل دوره اول متوسطه و از هر دو جنس زن و مرد باشند؛ بنابراین اگر ما ۵۰ خوشه داشتیم ۵۰ سرخوشه داریم میتوان در محله از این استفاده کنیم. در شهرهای بزرگ می توان از هر کوچه، یک نفر به عنوان سرخوشه انتخاب می شوند.

نخبگان:

منظور از نخبگان محلی افرادی هستند که دارای مهارت و توانمندی خاصی در زمینه‌های مختلف هنری، ورزشی، اقتصادی (کارآفرینی)، علمی، فرهنگی و... بوده و علاقه‌مند به همکاری داوطلبانه در کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله باشد

سفیر سلامت خانوار:

سفیر سلامت عضوی از اعضای یک خانوار است که حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد و به‌صورت داوطلبانه مسوولیت انتقال مطالب آموخته شده در حوزه سلامت و مراقبت فعال از سلامت خود و اعضای خانواده را بر عهده دارد

داوطلب سلامت محله:

فردی داوطلب است که از میان منطقه محل سکونت خود و از بین خانوارهای تحت پوشش هر پایگاه یا مرکز انتخاب می‌شود. داوطلب سلامت محله ۵ تا ۲۰ خانوار را تحت پوشش دارد.

مسئولیت‌های سلامت:

سلامتی نه تنها یک کالا یا محصول قابل تهیه توسط هر فرد نیست، بلکه همچنین قابل خریداری و یا دستیابی به‌صورت فردی نیز نمی‌باشد. در حقیقت سلامت پیامد یک‌سری اقدامات مرتبط به یکدیگر است که توسط تمام دست‌اندرکاران بر عهده گرفته شده است؛ همچنین شامل کوشش‌های افراد، خانواده‌ها، جامعه و دولت و همچنین سازمان‌های بین‌المللی نیز است.

مسئولیت‌های فردی:

سلامتی یک حق اساسی انسانی است، اما همچنین به‌عنوان یک مسئولیت فردی نیز محسوب می‌گردد. چنانچه شخص خود در پی حفظ سلامتی خویش نباشد، هیچ دولت یا سازمانی نمی‌تواند سطح مناسبی از سلامت را تأمین نماید. مراقبت از خود، سلامتی را ارتقا می‌دهد از بیماری‌ها پیشگیری می‌نماید و ناخوشی‌ها را محدود می‌سازد. در صورتی که شخص آگاهی فنی و مهارت‌های موردنیاز را داشته باشد، بسیاری از فعالیت‌ها بدون کمک‌های حرفه‌ای نیز می‌توانند بر عهده گرفته شوند. به علت تغییرات در تمام بخش‌های زندگی و نیز تغییر در الگوهای بیماری نیاز به کوشش‌های بیشتری در سطوح فرد و خانواده وجود دارد. مسئولیت فردی برای مراقبت از سلامت خود فرد عبارت‌اند از:

- توجه به بهداشت فردی و مراقبت‌های جسمی
- اتخاذ عادات و نیز شیوه‌های زندگی سالم از طریق رعایت دستورات ساده رفتارهای سالم مرتبط با رژیم غذایی، خواب، ورزش، کنترل وزن، دخانیات، الکل و مواد مخدر؛
- اجرای روش‌های پیشگیری از بیماری‌ها از جمله ایمن‌سازی؛
- مشاوره با پزشک به‌منظور معاینات و غربالگری‌های دوره‌ای پزشکی؛

- اطلاع زودهنگام بیماری‌ها و پذیرش اقدامات درمانی؛
- بر عهده گرفتن و اجرای روش‌های پیشگیری از سرایت بیماری به دیگران؛
- استفاده از آب سالم و غذای بهداشتی، از جمله تمام ریزمغذی‌ها و ترویج تغذیه کودکان با شیر مادر؛
- بهبود شرایط محیط و مسکن؛
- اتخاذ روش‌های محتاطانه در مقابل تمام عوامل خطر بالقوه.

حمایت همه‌جانبه در ارتقا سلامت:

مجموعه‌ای از روش‌ها برنامه‌ها و فعالیت‌هایی که برای بهبود سیاست‌ها در جهت منافع برنامه موردنظر طراحی و اجرا می‌شود و تلاش آن برای تغییر در سیاست‌های عمومی مرتبط با سلامت برای تأمین اهداف و منافع مورد نظر است. حمایت همه‌جانبه راهبردی برای ایجاد تغییر در خط‌مشی‌ها و سیاست‌های ارتقای سلامت با کمک افراد متخصص مسئول و یا سیاست‌گذاران سازمان‌ها و نهادها است که در این راهبرد از راهکارهای مختلف مانند ارتباطات و جلب مشارکت استفاده می‌شود در حمایت همه‌جانبه هیچ روش از قبل تعیین شده و واضحی وجود ندارد و با توجه به شرایط و موقعیت‌های مختلف و همچنین با توجه به نیازها و مهارت‌ها از روش‌های متفاوتی بهره خواهد برد.

عدالت (هسته اصلی سلامت)

عدالت در سلامت یکی از ارزش‌های اصلی و اهداف سیاست‌های بهداشتی است بهداشت و شاخص‌های سلامتی به طور نامنظم در گروه‌های جمعیتی توزیع شده‌اند بی‌عدالتی در سلامت به مفهوم تفاوت در وضعیت سلامت و تعیین‌کننده‌های آن است که ناعادلانه و اجتناب‌ناپذیر هستند بین گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی یا در حال رشد هستند یا به همان صورت باقی مانده‌اند.

در همین حال فرایندهای مربوط به جهانی‌شدن منجر به افزایش تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی در بین و در داخل کشورها شده و چالش بزرگتری در مبارزه با بی‌عدالتی در سلامت به وجود آورده است این امر بسیار مهم است که توجه داشته باشیم اهداف سیاست در اصلاح تعیین‌کننده‌های سلامت در گروه‌های مختلف جمعیت لزوماً یکسان نیست یک توجه ویژه در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی بی‌عدالتی لازم است تا از بهبود وضعیت سلامت اطمینان حاصل شود با در نظر داشتن تأثیر سیاست‌های سایر بخش‌ها بر روی سلامت باید توجه ویژه‌ای به توزیع این تأثیرات در جامعه اعمال شود. البته باید دقت کرد که ممکن است در آن زمان توزیع تعیین‌کننده‌های سلامت در جامعه تغییر کند. به عنوان مثال، سلامت قلب و عروق که قبلاً گروه‌های پردرآمد جامعه را بیشتر درگیر می‌کرد، اکنون یکی از نگرانی‌های فزاینده گروه‌های اقتصادی اجتماعی پایین‌تر نیز به حساب می‌آید.

تعیین‌کننده‌های سلامت: (واسطه‌ای بین سلامت و سیاست)

عواملی که بیشترین تأثیر را بر سلامت دارند، تعیین‌کننده‌های سلامت نامیده می‌شوند. سلامت حاصل بسیاری از عوامل از جمله عوامل بیولوژیکی و ژنتیکی افراد، شیوه زندگی، محیط‌زیست، فرهنگ، ساختار اجتماعی و سیاست است. همان عوامل به طور معمول بسیاری از مسائل مربوط به سلامت و البته همه بیماری‌های اصلی را تحت تأثیر قرار می‌دهند البته قابل ذکر است که حتی تغییر شیوه زندگی افراد نیز در برخی شرایط فراتر از توانایی خود آنهاست و اغلب نیازمند سیاست‌های حمایتی است تا آن را به‌عنوان یک شیوه زندگی سالم مطرح سازد. در حالی که فعالیت‌های عمده بهداشت و درمان به‌صورت اقدامات درمانی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود ارتقای سلامت و پیشگیری باید از نگاه عوامل تعیین‌کننده سلامت برنامه‌ریزی شود؛ زیرا تأثیرات ناشی از سیاست‌ها، فعالیت‌ها و مداخلات سایر بخش‌ها بر روی سلامت از طریق همین عوامل صورت می‌گیرد تعیین‌کننده‌های سلامت می‌توانند به طور مستقیم و سریع از طریق سیاست‌ها و مداخلات در انواع ساختارهای سیاست‌گذاری تحت تأثیر قرار بگیرند معمولاً تغییرات در عوامل تعیین‌کننده سلامت بسیار سریع‌تر از تأثیرات آنها در سلامت خود را نشان می‌دهد؛ مانند تغییرات در محیط کار و محل زندگی افراد سیاست‌ها می‌توانند سلامت و عوامل تعیین‌کننده سلامت را به‌صورت مثبت یا منفی تغییر دهند. «سلامت در همه سیاست‌ها» یک راهبرد سیاسی افقی با پتانسیل بالا برای کمک به بهبود سلامت جامعه است این یک مکمل در کنار روش‌های شناخته شده بهداشت عمومی و خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها» بیان می‌کند که هنگام برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در بین گزینه‌های سیاست‌های مختلف باید تأثیرات سلامتی ناشی از آنها را نیز در نظر داشت هدف نهایی ایجاد سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد با ارزیابی و بحث در مورد وضعیت سلامت موجود و البته سیاست‌های پیشنهادی جایگزین است.

هسته اصلی «سلامت در همه سیاست‌ها» بررسی عوامل تعیین‌کننده به منظور ارتقای سلامت است که بیشتر از بخش بهداشت و درمان توسط سیاست‌های سایر بخش‌ها تحت تأثیر قرار می‌گیرد. «سلامت در همه سیاست‌ها» به عنوان یک رویکرد با هدف روشن‌شدن ارتباط بین سیاست‌ها و مداخلات و نیز عوامل تعیین‌کننده سلامت و تأثیرات آنها بر وضعیت سلامت جامعه برای تصمیم‌گیرندگان است.

گروه‌های هدف خاص:

گروه‌های هدف خاص مانند مهاجران افراد، معلول کودکان زنان و سالمندان نیاز به همکاری بین بخشی و گاهی اوقات سیاست‌های خاص دارند برای مثال در مورد زنان گرچه انتظار می‌رود زندگی طولانی تری نسبت به مردان داشته باشند. اما بسیاری از این سالهای اضافی در فقر سلامتی و انزوای اجتماعی سپری میشود و در یک وضعیت نامطلوب از عوامل تعیین‌کننده سلامت مثل درآمد بیکاری و فشار حاصل از نقشهای متعدد زندگی قرار دارند نمونه ای از سیاست‌ها در مورد سالمندان در زیر توضیح داده میشود

سرمایه اجتماعی:

فرایندها و شرایط بین افراد و سازمان‌ها که منجر به دستیابی به هدف سود متقابل اجتماعی می‌شود معمولاً به وسیله‌ی چهار ساختار مرتبط با یکدیگر مشخص می‌شوند. اعتماد، انسجام، مشارکت مدنی و روابط متقابل

سواد سلامت:

سواد سلامت بیانگر دانش و توانمندی‌های فردی است که از طریق فعالیت‌های روزانه، تعاملات اجتماعی و در بین نسل‌ها انباشته می‌شود دانش و توانمندی‌های فردی توسط ساختارهای سازمانی و در دسترس بودن منابعی میانجیگری می‌شوند و افراد را قادر می‌سازند تا به اطلاع‌رسانی اطلاعات و خدمات دسترسی، آنها را درک و ارزیابی کرده و به‌گونه‌ای بکار ببرند که سلامت خوب و احساس خوب بودن خود و اطرافیان‌شان را ارتقا داده و حفظ کنند.

فرهنگ سلامت:

فرهنگ سلامت، فرهنگی است که بر خودمراقبتی و تقدم پیشگیری بر درمان و مجموعه باورها و رفتارهای سالم و مؤثر در این زمینه تأکید دارد و بسترهای لازم برای تحقق شرایط مناسب جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را فراهم می‌آورد.

اهداف:

ساماندهی و توسعه مشارکت های پایدار، آگاهانه و داوطلبانه شهروندان و سازمان ها و نهادهای اثرگذار در سلامت محله و توسعه انسانی

۱. جلب مشارکت ساختارمند، آگاهانه و داوطلبانه مردم در توسعه سلامت خود، خانواده و محله
۲. ارتقای سلامت و افزایش سطح سلامت همه جانبه (معنوی، اجتماعی، جسمی، روانی و عاطفی) ساکنان محله
۳. ارتقای سطح سواد سلامت ساکنان محله
۴. جلب مشارکت موثر، کارآمد، پویا و خلاق مردم در تحقق اهداف توسعه پایدار
۵. تقویت شادابی و امید در مردم محله از طریق بهبود شرایط اجتماعی و محیطی و ترویج سبک زندگی سالم
۶. سازماندهی و توانمندسازی مردم در پذیرش مسئولیت های اجتماعی سلامت
۷. مشارکت سازمان دهی شده آحاد مردم در تصمیم گیری و تصمیم سازی حوزه سلامت در راستای حل مشکلات محله ها در مناطق شهری و روستایی
۸. بسیج، هدایت و مدیریت ظرفیت های مردمی در حل مشکلات اولویت دار محله
۹. تقویت روحیه خودباوری، اعتماد به نفس و احساس ارزشمند بودن مردم از طریق مشارکت در انجام کارهای داوطلبانه و خیرخواهانه
۱۰. ایجاد تعامل و هم افزایی میان مردم و بخش های دولتی و غیردولتی
۱۱. تعامل فعال میان مردم و کارکنان ارایه دهنده خدمت در پیگیری و اجرای مداخلات و برنامه های سلامت محور محله متبوع
۱۲. تشکیل گروه های مردمی بر اساس ظرفیت و نیاز محله

ساختار محله ارتقا دهنده سلامت

راهبردها، سیاست‌ها:

۲/۱ - راهبردها

الف) آموزش، توانمندسازی و مشارکت فرد، خانواده و جامعه در تاب‌آوری محله محور و افزایش اعتماد و انسجام اجتماعی محلی
 ب) بسط نیازسنجی، برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت مشارکتی محله محور
 ج) هم‌افزایی، همسویی و همکاری نهادهای دولتی و غیردولتی محله‌ای

۲/۲ - اهداف:

الف) افزایش نرخ مشارکت محله محور مردم به‌منظور ارتقای سلامت جامعه
 ب) ترغیب ساکنان محله به مشارکت و حضور در فعالیت‌های فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر سلامت
 پ) تقویت مشارکت شهروندان در شناخت نیازها و مسایل حوزه سلامت محله، تصمیم‌سازی، تصمیم‌گیری، پایش و اجرای فعالیت‌ها و برنامه‌های محله محور
 ت) ایفای نقش صحیح تمامی ذی‌نفعان به‌عنوان تسهیلگر، حامی، ناظر، هدایت‌کننده و راهبر در برنامه محله ارتقا دهنده سلامت
 ث) پیاده‌سازی مدیریت مشارکتی حوزه سلامت در محله به‌منظور افزایش سطح سلامت در همه ابعاد
 ج) ترویج فرهنگ سلامت و سبک زندگی سالم

ساختار محله ارتقا دهنده سلامت

ارکان ستادی

ارکان ستادی ملی (سیاست گذاری برنامه ریزی و نظارت):

۱. کارگروه مشارکت اجتماعی در کمیته آموزش و فرهنگ سازی
۲. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقا دهنده سلامت

ارکان ستادی دانشگاه / دانشکده (ذیل قرارگاه سلامت خانواده):

۱. کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی
۲. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقا دهنده سلامت دانشگاه/دانشکده

ارکان ستادی شهرستان:

۱. کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی
۲. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقا دهنده سلامت

ارکان اجرایی در سطح محله ای:

۱. هیئت امنای محله (در مرکز خدمات جامع سلامت)
۲. کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله (در پایگاه سلامت/ خانه بهداشت)
 - شورای ارتقای سلامت محله
 - شبکه نخبگان محله
 - گروه های مردمی سلامت

ارکان ستادی

ارکان ستادی ملی (سیاست گذاری برنامه ریزی و نظارت):

۱. کارگروه مشارکت اجتماعی در کمیته آموزش و فرهنگ سازی (با ابلاغ مقام عالی وزارت، مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت به عنوان رییس کمیته آموزش و فرهنگ سازی منصوب شده است).
۲. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقادهنده سلامت

اعضای کارگروه مشارکت اجتماعی در کمیته آموزش و فرهنگ سازی

- مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت
- مسئول برنامه مشارکت اجتماعی دفتر آموزش و ارتقای سلامت
- مسئول برنامه RCCE دفتر آموزش و ارتقای سلامت
- نماینده معاون مشارکت های اجتماعی سازمان امور اجتماعی وزارت کشور
- نماینده معاون امور فرهنگی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- نماینده معاون امور فرهنگی و توسعه ورزش همگانی وزارت ورزش و جوانان
- نماینده رییس مرکز مشارکت های مردمی و توسعه ظرفیت های اجتماعی و فرهنگی سازمان بهزیستی
- نماینده مدیرکل دفتر توانمندسازی خانواده و بانوان سازمان بهزیستی
- نماینده رییس سازمان شهرداری ها و دهیاری های کشور
- نماینده مجمع خیرین سلامت
- نماینده سازمان بسیج مستضعفین
- نماینده حوزه علمیه
- نماینده سازمان امور مساجد
- نماینده معاون تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش
- نماینده معاون پیشگیری بیمه سلامت

تبصره: در صورت نیاز امکان حضور سازمان ها/ نهادهای دیگر در جلسات کمیته به دعوت رییس کمیته وجود دارد

دبیرخانه ملی مشارکت اجتماعی محله های ارتقادهنده سلامت

این دبیرخانه فرایندهای اجرایی استقرار و فعالیت نظام مدیریت محله ها را راهبری می نماید و در دفتر آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تشکیل می شود.

به منظور سیاست گذاری، برنامه ریزی، هدایت، راهبری و نظارت کلان؛ در موضوع مدیریت محله ارتقادهنده سلامت در سطح ملی، دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقادهنده سلامت در ملی، تشکیل می شود که کلیه هماهنگی ها و امور اجرایی زیرمجموعه آن با دبیرخانه است.

ارکان ستادی دانشگاه/دانشکده:

۱. کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی
۲. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقا دهنده سلامت دانشگاه/دانشکده

کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی

اعضای کمیته شامل:

- مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه (رئیس کمیته)
- کارشناس برنامه مشارکت اجتماعی گروه آموزش و ارتقای سلامت
- کارشناس برنامه RCCE گروه آموزش و ارتقای سلامت
- نماینده مردمی سازی استانداری/ فرمانداری
- نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل تعاون
- نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل ورزش همگانی وزارت ورزش و جوانان
- نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل توسعه ظرفیت های اجتماعی و فرهنگی سازمان بهزیستی
- نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل توانمندسازی خانواده و بانوان سازمان بهزیستی
- نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل شهرداری ها و دهیاری های کشور
- نماینده مجمع خیرین سلامت
- نماینده تام الاختیار معاونت اجتماعی بسیج مستضعفین
- نماینده حوزه علمیه
- نماینده سازمان امور مساجد
- نماینده مشارکت اجتماعی اداره سلامت و تندرستی آموزش و پرورش
- نماینده مشارکت اجتماعی اداره کل پیشگیری بیمه سلامت
- نماینده شورای سیاست گذاری سلامت صدا و سیما
- نماینده وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

تبصره: در مواردی که کمیته در مورد برنامه محله ارتقا دهنده سلامت تشکیل جلسه می دهد، سازمان ها/ نهادهای زیر برای شرکت در کمیته دعوت گردند:

- نماینده تام الاختیار جمعیت هلال احمر
- نماینده تام الاختیار آتش نشانی
- نماینده تام الاختیار مدیریت بحران
- رئیس کمیسیون بهداشت و سلامت شورای شهر
- نماینده سمن های استان (از طرف استانداری معرفی شوند)
- نماینده تام الاختیار بهزیستی شهرستان
- نماینده تام الاختیار نیروی انتظامی

* ابلاغ اعضاء توسط معاون بهداشت صادر می گردد.

شرح وظایف کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی

- فرهنگ سازی، اطلاع رسانی و توانمندسازی در تبیین جایگاه و نقش برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع در حفظ و ارتقای سلامت جامعه
- بهره مندی از رسانه های ارتباط جمعی (شبکه های اجتماعی، صداوسیما استان، رسانه های مکتوب و...) در تبلیغات و جلب حمایت و مشارکت آگاهانه جامعه برای ایفای نقش در پیاده سازی و تداوم برنامه
- جلب حمایت ذی نفعان در اجرای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع محله محور
- مدیریت و هماهنگی اجرای فرایند نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت محله محور
- اجرا، نظارت، حمایت و پایش و ارزشیابی برنامه محله ارتقا دهنده سلامت
- مدیریت برنامه RCCE در کنترل شرایط اضطراری بهداشت به شیوه محله محور و داده محور

دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقا دهنده سلامت دانشگاه/دانشکده

این دبیرخانه فرایندهای اجرایی استقرار و فعالیت نظام مدیریت محله ها را راهبری می نماید و در گروه آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشت دانشگاه، تشکیل شده است.

به منظور سیاست گذاری، برنامه ریزی، هدایت، راهبری و نظارت کلان؛ در موضوع مدیریت محله در سطح دانشگاه/دانشکده، دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقا دهنده سلامت در دانشگاه/دانشکده، تشکیل می شود که کلیه هماهنگی ها و امور اجرایی زیرمجموعه آن با دبیرخانه است.

ارکان ستادی شهرستان:

۱. کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی
۲. دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقا دهنده سلامت

اعضا کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی و شرح وظایف آنها:

اعضای این کمیته ها متناظر با کمیته های استانی تعیین و ابلاغ رئیس کمیته از طرف مدیر شبکه بهداشت و درمان / رییس مرکز بهداشت شهرستان

کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی

- برنامه ریزی و اجرا و ارزشیابی برنامه ارتقای سواد سلامت
- هماهنگی با شوراهای شهر و روستا و بخشداری ها
- بهره گیری از ظرفیت سازمان های مردم نهاد (بهبیستی، سازمان ورزش و جوانان و فرمانداری)
- آگاه سازی جامعه و شناسایی طرح به مردم
- اجرا، نظارت، حمایت و پایش و ارزشیابی برنامه محله ارتقا دهنده سلامت

دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقا دهنده سلامت در شهرستان

این دبیرخانه فرایندهای اجرایی استقرار و فعالیت نظام مدیریت محله ها را راهبری می نماید و در واحد آموزش و ارتقای سلامت شهرستان، تشکیل شده است.

به منظور سیاست گذاری، برنامه ریزی، هدایت، راهبری و نظارت در موضوع مدیریت محله ارتقا دهنده سلامت، دبیرخانه مشارکت اجتماعی محله های ارتقا دهنده سلامت در شهرها، تشکیل می شود که کلیه هماهنگی ها و امور اجرایی زیرمجموعه آن با دبیرخانه است.

از وظایف دبیرخانه پیگیری ایجاد «شبکه محله های ارتقا دهنده سلامت» است.

ارکان اجرایی محله ارتقا دهنده سلامت

۱. هیئت امنای مرکز

در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت شهری، شهری روستایی و روستایی، هیئت امنای مرکز با ساختار، وظایف و گردش کار مشخص تشکیل می گردد.

به منظور انجام وظایف تعیین شده هیئت امنای مرکز خدمات جامع سلامت شهر و خانه بهداشت در روستا بر اساس ظرفیت های مردمی و سازمانی فعال در محله، شورایی متشکل از اعضای ذیل تشکیل می گردد:

- الف) رییس مرکز خدمات جامع سلامت: رییس هیئت امنای
- ب) کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت: دبیر هیئت امنای
- پ) نمایندگان ائمه جماعات مساجد (۱ نفر).
- ت) نماینده سمن های فعال (۱ نفر).
- ث) نماینده گروه های جهادی (۱ نفر).
- ج) نماینده هیئت مذهبی و قرآنی (۱ نفر).
- چ) نمایندگان پایگاه های بسیج (۱ نفر).
- ح) نماینده خیریه ها (۱ نفر).
- خ) نماینده مدارس (۱ نفر).
- د) نماینده شهرداری / دهیاری منطقه تحت پوشش (۱ نفر).
- ذ) نماینده داوطلبان سلامت محله با تایید مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه سلامت / خانه بهداشت (۲ نفر)
- ر) نماینده حوزه های علمیه فعال (۱ نفر).
- ز) رابط شورای اسلامی شهر / روستا (۱ نفر).
- ژ) نماینده کلانتری (۱ نفر).
- س) نماینده خانه هلال (۱ نفر)
- ش) نماینده نخبگان محله (۱ نفر).

ترکیب اعضای اصلی هیئت امنای بر اساس ظرفیت ها و ویژگی های محله ها حداقل ۱۰ می باشد.

ابلاغ رئیس و اعضای هیئت امنای از طرف مدیر شبکه بهداشت و درمان / رییس مرکز بهداشت شهرستان صادر می شود.

شرح وظایف هیئت امنای مرکز خدمات جامع سلامت:

- جلب مشارکت عموم مردم در خودمراقبتی، RCCE و حمایت از برنامه های سلامت عمومی
- آموزش سلامت در قالب برگزاری نشست ها و گردهمایی های برنامه های آموزشی به مردم و مسوولین منطقه
- هماهنگی با مسوولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت و رفع عوامل خطرزای محیطی
- طرح مسایل و مشکلات سلامتی منطقه و یافتن راه حل های علمی و اجرایی برای آنها

- آموزش و اطلاع رسانی درمورد وظایف، برنامه های سلامت و خدمات قابل ارائه در پایگاه های سلامت و مرکز
- دریافت گزارش از اولویت های سلامت محله بر اساس نتایج نیازسنجی سلامت محله و برنامه مداخلات ارتقای سلامت تدوین شده هر سه ماه یکبار
- نظارت و رصد روند شناسایی ظرفیت ها، منابع و نقاط ضعف و قوت محله
- مدیریت بهینه منابع و هدایت آن ها به سمت پیاده سازی برنامه های اولویت دار سلامت محله
- ساماندهی، هم افزایی، همسویی و حل اختلاف نظر شوراهای ارتقای سلامت محله ها
- مطالبه گری از ادارات، سازمان ها و متولیان امر مرتبط
- پاسخ به درخواست منابع از طرف شوراهای ارتقای سلامت محله ها سلامت محله
- نظارت های هیئت امنای بر حسن اجرای برنامه های شوراهای ارتقای سلامت محله
- بسترسازی لازم به منظور تحقق شهر سالم از طریق ایجاد محله های ارتقا دهنده سلامت

۲. کانون فرهنگی اجتماعی سلامت

کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله:

جهت ارتقای سلامت محله‌ها با لحاظ نمودن عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت و به‌منظور دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC) و ارتقای سلامت یکتا (one health) در محله ضروری است از تمامی ظرفیت‌های محله بهره گرفت. «کانون‌های فرهنگی اجتماعی سلامت» دارای ساختار کاملاً مردمی است که متشکل از افراد ساکن محله که علاقه‌مند به مشارکت و همکاری در موضوعات مرتبط با سلامت و سبک زندگی سالم و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH) به‌صورت داوطلبانه و مردمی فعالیت می‌نمایند.

کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله از ارکان اجرایی مدیریت محله ارتقا دهنده سلامت است که در راستای حساس‌سازی و ارتقای سلامت ساکنان محله، شناسایی، گزارش و پاسخ اولیه به تهدیدات زیستی (community based surveillance) از طریق جلب مشارکت‌های مردمی، توسعه شبکه‌های اجتماعی و همکاری بین‌بخشی در سطح محله فعالیت می‌نماید. در این دستورالعمل کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله در سطح پایگاه سلامت و خانه بهداشت تشکیل می‌گردد.

اهداف:

- جلب مشارکت ساختارمند، آگاهانه و داوطلبانه مردم در توسعه سلامت خود، خانواده و محله
- تقویت شادابی و امید در ساکنین محله از طریق بهبود شرایط اجتماعی و محیطی و ترویج سبک زندگی سالم ایرانی اسلامی
- ترویج فرهنگ سلامت و مشارکت اجتماعی
- سازماندهی و توانمندسازی مردم در پذیرش مسئولیت‌های اجتماعی سلامت و افزایش سواد سلامت
- بسیج، هدایت و مدیریت ظرفیت‌های مردمی و مشارکت سازماندهی شده آحاد مردم در تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی حوزه سلامت در راستای حل مشکلات محله
- تقویت روحیه خودباوری، اعتمادبه‌نفس و ارزشمندی و احساس تعلق به محله در ساکنان از طریق مشارکت در انجام کارهای داوطلبانه و خیرخواهانه
- افزایش اعتماد و ایجاد تعامل و هم‌افزایی میان مردم و بخش‌های دولتی و غیردولتی
- تعامل فعال میان مردم و کارکنان ارائه دهنده خدمت در پیگیری و اجرا و نظارت بر مداخلات و برنامه‌های سلامت‌محور محله متبوع
- ساماندهی، آسیب‌شناسی و نیازسنجی سلامت و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت خانوارهای ساکن
- افزایش آمادگی، اعلام هشدار سریع، ساماندهی پاسخ و مداخلات افزایش تاب‌آوری محله در حوزه زیستی با رویکرد مردم‌محور
- ارتقای مهارت‌های رفتاری شهروندان در پیشگیری و مواجهه با بیماری‌ها و آسیب‌های جسمی و اجتماعی
- آموزش و مشاوره در راستای تحکیم بنیان خانواده و جوانی جمعیت

کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله

کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله اولین واحد مشارکت ساختارمند مردم در بهداشت است که شامل «شورای ارتقای سلامت محله»، «شبکه نخبگان و داوطلبان» و گروه های مردمی است و تحت نظارت هیئت امنای مرکز خدمات جامع سلامت به صورت تعاملی، مشارکتی، شبکه ای و فعالیت های تیمی، به اجرای برنامه های محله محور از جمله برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع می پردازند. کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله در سطح پایگاه سلامت و خانه بهداشت تشکیل می گردد.

تمامی ساکنان یک محله از جمله: هنرمندان، بازنشستگان، دانشجویان، جهادگران سلامت، داوطلبان سلامت محله، داوطلبان متخصص، سفیران سلامت خانوار، اعضای جوامع مدنی، نخبگان، معتمدین، شورایاران، بسیجیان، فعالان سازمان های مردم نهاد، خیرین، اصناف و کارگران، کاندیدهای مناسبی جهت عضویت در کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله هستند.

مشارکت مردم در کانون های اجتماعی فرهنگی سلامت

مشارکت مردم در کانون ها آگاهانه، داوطلبانه، مسوولانه و عادلانه است

مشارکت آگاهانه: مردم نسبت به دلیل حضور در کانون و نقش کانون ها در عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت آگاهی دارند

مشارکت داوطلبانه: مردم بدون هیچ چشم داشتی و به صورت داوطلبانه در اجرای امور کانون مشارکت دارند

مشارکت مسوولانه: مردم از تأثیر فعالیت کانون بر زندگی خود و جامعه آگاهی کامل دارند و در پیشبرد اهداف کانون از هیچ

کمکی دریغ نمی کنند

مشارکت عادلانه: حضور و مشارکت ساکنان محله در کانون برای تمامی آحاد جامعه یکسان است و هر شخص علاقه مندی می -

تواند عضو کانون شود

❖ وظایف:

کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله در راستای افزایش سواد سلامت جامعه، ترویج فرهنگ و سبک زندگی سالم و ارتقای سلامت همه جانبه جامعه ذیل نظام جامع مشارکت اجتماعی در تحقق عدالت در سلامت معاونت بهداشت، وظایف زیر را بر عهده دارد:

۱. جلب مشارکت مردم و همکاری های بین بخشی در فعالیت های مرتبط با سلامت
۲. شناخت توانمندی های مردم و ظرفیت های بالقوه و بالفعل محله
۳. توانمندسازی مردم داوطلب همکاری در کانون اجتماعی فرهنگی سلامت با همکاری دانشگاه و نمایندگان دستگاه های مرتبط
۴. پیشنهاد تشکیل گروه های مردمی زیر مجموعه کانون بر اساس ظرفیت و نیاز محله
۵. نیازسنجی سلامت و تعیین مسائل اولویت دار محله
۶. هدف گذاری، تعیین مداخلات و تقسیم کار اقدامات محلی میان مردم و بخش های دولتی و غیردولتی

۷. مدیریت شایعات و اطلاعات نادرست تأثیرگذار در شکل‌گیری رفتار سالم (مدیریت اینفوادمی در شرایط اضطراری بهداشتی)
۸. ایفای نقش محوری در ارتباطات استراتژیک سلامت (پویش، بسیج اجتماعی و ...)
۹. مطرح نمودن اولویتهای احصا شده توسط کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله در جلسات هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت و پیگیری اجرای مصوبات بر حسب مورد
۱۰. تشکیل منظم جلسات شورای ارتقای سلامت محله، پیگیری و ارزشیابی مصوبات از طریق مشارکت‌های داوطلبانه و حمایت‌طلبی مسئولان در سطوح محله
۱۱. تهیه و ارسال گزارش اقدامات کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله به شکل مستمر به مرکز خدمات جامع سلامت

ارکان کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله شامل سه رکن اصلی است:

۱) گروه های مردمی:

جهت آموزش سلامت به ساکنین محله توسط داوطلبان سلامت متخصص، داوطلب سلامت محله و سایر پتانسیل‌های موجود در راستای ارتقای سلامت یکتا (one health) در محله می‌توان از ظرفیتهای مردمی بهره گرفت. «کانون‌ها» مجموعه‌ای تمام مردمی است متشکل از افراد ساکن محله، علاقه‌مند به مشارکت و همکاری در موضوعات مرتبط با سلامت، افزایش سواد سلامت، ترویج فرهنگ سلامت و سبک زندگی سالم که در ذیل کارگروه سلامت شکل گرفته و به‌صورت داوطلبانه و مردمی فعالیت می‌نمایند.

افراد بر حسب نیازها، علایق و توانمندی‌های خود می‌توانند عضو کانون اجتماعی فرهنگی سلامت محله شوند و هر عضو کانون می‌تواند در یکی از گروه سنی (سالمدان - میانسالان - جوانان و نوجوانان - مادران و کودکان) یا گروه‌های بیماری یا آسیب‌های اولویت‌دار محله (واگیر و غیرواگیر) عضو شده و فعالیت نمایند.

تبصره: باتوجه به مقبولیت اجتماعی داوطلبان سلامت محله و آشنایی این افراد با نظام و رسالت نظام شبکه و توانمندی‌های

کسب شده در زمینه آموزش و ارتباطات پیشنهاد می‌شود به تمامی داوطلبان سلامت محله در هر پایگاه یا خانه بهداشت فراخوان برای عضویت در کانون فرهنگی اجتماعی سلامت داده شود.

گروه‌های مردمی شامل موارد زیر است:

- گروه‌های خودیار
- گروه‌های مهارت‌آموزی و توسعه انسانی
- گروه‌های جهادی

تبصره ۱: هر یک از گروه های مردمی، بر اساس دستورالعمل اجرایی اختصاصی (نسخه ۰۲ دستورالعمل خودمراقبتی فصل گروه های خودیار و داوطلبین سلامت و جلب مشارکت اجتماعی) راه اندازی و فعالیت های خود را انجام خواهند داد.

تبصره ۲: هر یک از گروه های مردمی یک سرگروه خواهند داشت.

شرح وظایف سرگروه هر یک گروه های مردمی:

- شرکت در دوره های آموزشی پیش بینی شده
- خدمت به عنوان رابط گروه با دبیر کانون
- اطمینان از برگزاری جلسات گروه در مکان مناسب و قابل دسترس همراه با رعایت اصول اخلاقی
- برقراری ارتباط کوثر با اعضای گروه
- توسعه برنامه ها و زمان های جلسات با اعضای گروه
- اطمینان از اطلاع رسانی به اعضای گروه در خصوص برگزاری جلسات
- برنامه ریزی و اجرای دستور کار جلسه همراه با اعضای گروه
- ترغیب و ایجاد انگیزه در اعضای گروه برای مشارکت در بحث گروهی
- اطمینان از عملکرد گروه مطابق با استانداردهای مربوطه
- اطمینان از پیگیری مصوبات جلسات (در صورت داشتن مصوبه)
- تکمیل فرم گزارش جلسات گروه های مردمی و ارایه به دبیر کانون
- آموزش اطلاعات صحیح رفتار سالم در شرایط اضطراری بهداشتی و موضوعات اولویت دار سلامت محله به اعضای گروه

۲. شورای ارتقای سلامت محله

الف. مسئول شورای ارتقای سلامت محله یکی از کارکنان آموزش دیده شبکه بهداشت (به ترتیب اولویت پزشک خانواده یا کارشناس ناظر یا مراقب سلامت) به انتخاب مرکز خدمات جامع سلامت شهری است که می بایست هسته اولیه همکاری های بین بخشی نهادهای دولتی و غیردولتی (از جمله سمن ها و...) را به منظور تشکیل **شورای ارتقای سلامت محله** تشکیل دهد.

توجه: شورای ارتقای سلامت در سطح محله تشکیل می گردد، به شرط آنکه آن محله یک پایگاه سلامت داشته باشد. اگر محله ای پایگاه سلامت نداشت، تمام ساختار تدوین شده برای محله را خواهد داشت؛ ولی به صورت مشترک با محله کناری خود که پایگاه سلامت دارد، شورای ارتقای سلامت خواهد داشت؛ بنابراین ما در سطح شهر به ازای هر پایگاه سلامت یک شورای ارتقای سلامت محله خواهیم داشت.

ب. در محله، شورای ارتقای سلامت محله با ترکیب اعضای ذیل تشکیل می‌شود:

- امام‌جماعت مساجد محله، ۱ نفر؛
- مسئول پایگاه سلامت (تسهیلگر)
- نماینده پزشکان خانواده مستقر در محله
- افراد شاخص و معتمد محلی، ۲ نفر؛
- داوطلب سلامت، ۲ نفر؛
- نماینده سرخوشه‌ها، ۱ نفر؛
- نخبگان سلامت محله، ۱ نفر؛
- نماینده تشکل‌های مردمی، ۱ نفر؛
- کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت، ۱ نفر؛
- سازمان‌های دولتی همکار (آموزش و پرورش، بسیج، کلانتری، شهرداری ناحیه، بهزیستی و کمیته امداد و...)، ۶ نفر؛

تبصره ۱: از میان اعضای شورا یک نفر به انتخاب اعضا به عنوان رییس و یک نفر به عنوان دبیر شورا (ترجیحا یکی از داوطلبان سلامت فعال محله)، انتخاب می‌شود که وظیفه انجام مکاتبات، تنظیم صورت جلسات و پیگیری و اجرای آن را به عهده دارد.

تبصره ۲: بر اساس نیازسنجی سلامت و آسیب شناسی محله نمایندگان سایر سازمان ها/نهادهای به درخواست اعضای شورای ارتقای سلامت دعوت می‌شوند.

تبصره ۳: رییس و دبیر کانون همان رییس و دبیر شورای ارتقای سلامت محله هستند.

محورهای فعالیت و مسئولیت شورای ارتقای سلامت محله عبارت‌اند از:

- راه‌اندازی و تشکیل منظم جلسات شورای ارتقای سلامت محله؛
- شنود اجتماعی و تعیین مشکلات و مسائل مهم محله، برنامه‌ریزی مداخلات و اجرای مداخلات ارتقای سلامت؛ (دستورالعمل اجرایی در پیوست)
- تعامل و همکاری با هیئت‌امنا محله و سایر کارگروه‌ها جهت تسهیل کارها در سطح محله؛
- تعامل با مرکز خدمات جامع سلامت محله
- تشویق و ترغیب ساکنان و سرخوشه‌ها محله جهت مشارکت و همکاری‌های لازم؛
- حل مشکل محله از طریق ظرفیت‌های محله به‌ویژه شهروندان؛
- حمایت و هدایت کلیه برنامه‌های ارتقای سلامت محله جهت اجرا در سطح محله
- مستندسازی پیشرفت مداخلات تصویب شده در سطح محله با استفاده از مشارکت مردم محله و ارسال گزارش فعالیت‌ها به‌صورت سه‌ماهه به هیئت‌امنا

• ارائه تجربیات موفق سایر محله‌ها در مشارکت مردم از طریق گردهمایی‌های ۶ ماهه در «شبکه محله‌های ارتقا دهنده سلامت»

• مشارکت در ارتباطات استراتژیک سلامت و اطلاع‌رسانی

• همکاری با اعضای کانون‌های سلامت‌محور در اجرای برنامه؛

تبصره: تدوین صورت‌جلسه ماهانه شورای ارتقای سلامت محله به عهده دبیر شورای ارتقای سلامت محله خواهد بود.

۳) شبکه نخبگان محلی

منظور از نخبگان محلی افرادی هستند که دارای مهارت و توانمندی خاصی در زمینه‌های مختلف هنری، ورزشی، اقتصادی (کارآفرینی)، علمی، فرهنگی و... بوده و علاقه‌مند به همکاری داوطلبانه در کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله باشد.

محورهای اصلی فعالیت «شبکه نخبگان محلی شامل» محله:

- کمک به اجرای نیازسنجی و بررسی وضعیت موجود خانوارهای محله؛
- شناسایی و ترغیب افراد علاقه‌مند جهت همکاری به عنوان رابط سلامت (خانواده، مدرسه، اصناف، مسجد، سالمند، اماکن ورزشی و تفریحی)؛
- ترویج فرهنگ داوطلبی و مسئولیت اجتماعی
- شناسایی ظرفیت‌ها، امکانات محله و کمک به اجرایی‌شدن مداخلات تعیین شده در محله با مشارکت داوطلبان سلامت؛
- تشویق و جلب همکاری و مشارکت مردم محله در برنامه‌های سلامت‌محور؛
- برگزاری برنامه‌های آموزشی برای داوطلبان سلامت و دبیران کانون‌های محله؛
- برقراری ارتباط و هماهنگی مستمر با شورای ارتقای سلامت و دبیران کانون‌های محله؛
- کمک به تدوین طرح‌های اجرایی با همکاری شورای ارتقای سلامت؛
- کمک در جهت جلب همکاری سازمان‌های دولتی و غیردولتی در زمینه اجرای برنامه‌های سلامت‌محور محله؛
- حضور فعال در دوره‌های آموزشی برگزار شده از طریق کارگروه سلامت؛
- ارتقای سطح آگاهی دبیران کانون‌ها در زمینه برنامه‌های سلامت‌محور؛
- تهیه گزارش و مستندات از فعالیت‌های انجام شده و ارائه آن به شورای ارتقای سلامت؛
- اطلاع‌رسانی و شفاف‌سازی فعالیت‌ها برای مردم؛
- کمک به ارزیابی سالانه از روند برنامه‌های اجرا شده؛
- برگزاری جلسه سه ماهه با دبیران کانون‌های محله.

رییس کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله:

از میان اعضای شورا یک نفر به انتخاب اعضا به عنوان رییس انتخاب می‌شود که وظیفه رییس کانون به شرح زیر است:

۱. حمایت‌طلبی، هم‌افزایی و جلب مشارکت مردم، معتمدین و ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل مالی و انسانی محله
۲. مطرح‌نمودن اولویت‌های احصا شده و نیاز به هماهنگی با مسوولین سطوح بالا در جلسات شورای ارتقای سلامت و پیگیری حل مشکلات مطرح شده حسب مورد
۳. مشارکت در برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت
۴. نظارت بر اطلاع‌رسانی مؤثر، مستمر، رضایت‌بخش و به موقع به ذینفعان و اعضای محله در خصوص نتیجه مداخلات انجام شده از طریق انواع ارتباطات شامل مکاتبات، پست الکترونیک، پیامک، تلفنی
۵. ارائه تجربیات موفق سایر محله‌ها در مشارکت مردم از طریق گردهمایی‌های سالانه
۶. نظارت بر پیگیری و اطلاع‌رسانی اجرای مصوبات جلسات شورای ارتقای سلامت به اعضای کانون
۷. نوآوری و پیشنهاد مداخلات اثربخش سلامت با استفاده از ظرفیت‌های محله
۸. نظارت بر تهیه و ارسال گزارش اقدامات انجام شده در کانون به هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت
۹. نظارت بر فرایند اجرایی کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله
۱۰. مشارکت در خودارزیابی اقدامات شورای ارتقای سلامت محله

دبیر کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله:

دبیر کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله همان دبیر شورای ارتقای سلامت محله است. دبیر نقش هماهنگ‌کننده اقدامات کانون با همکاری و تسهیلگری مسئول پایگاه در پایگاه‌های سلامت/ بهورز در خانه‌های بهداشت به عهده دارند. دبیر توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله از طریق رای گیری برای مدت یکسال انتخاب می‌گردند.

وظایف دبیر کانون:

۱. همکاری در حمایت‌طلبی، هم‌افزایی و جلب مشارکت مردم، معتمدین و ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل مالی و انسانی محله
۲. هماهنگی برگزاری جلسات توانمندسازی مردمی در کانون
۳. مشارکت در برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت
۴. مستندسازی اقدامات انجام شده در کانون با استفاده از مشارکت مردم محله

۵. اطلاع رسانی مؤثر، مستمر، رضایت بخش و به موقع به ذینفعان و اعضای محله در خصوص نتیجه مداخلات انجام شده از طریق انواع ارتباطات شامل مکاتبات، پست الکترونیک، پیامک، تلفنی
۶. پیگیری و اطلاع رسانی اجرای مصوبات جلسات شورای ارتقای سلامت به اعضای کانون
۷. نوآوری و پیشنهاد مداخلات اثربخش سلامت با استفاده از ظرفیت های محله
۸. تهیه و ارسال گزارش اقدامات انجام شده در کانون به هیئت امنای مرکز خدمات جامع سلامت
۹. مشارکت در خودارزیابی اقدامات شورای ارتقای سلامت محله

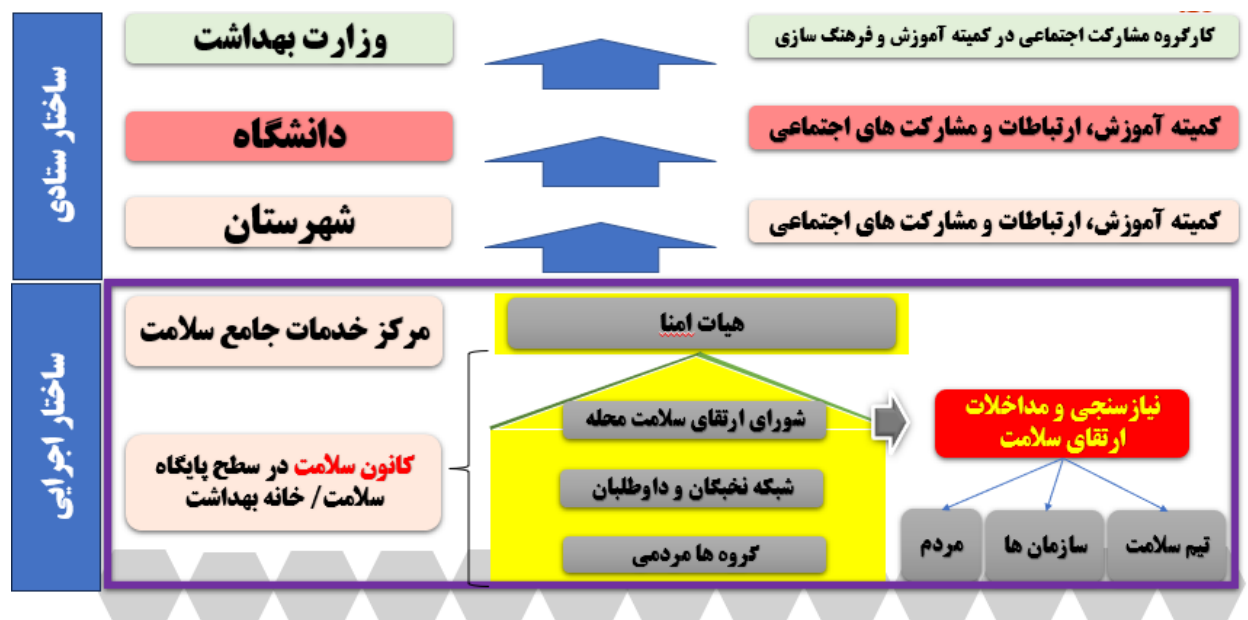
سازوکار

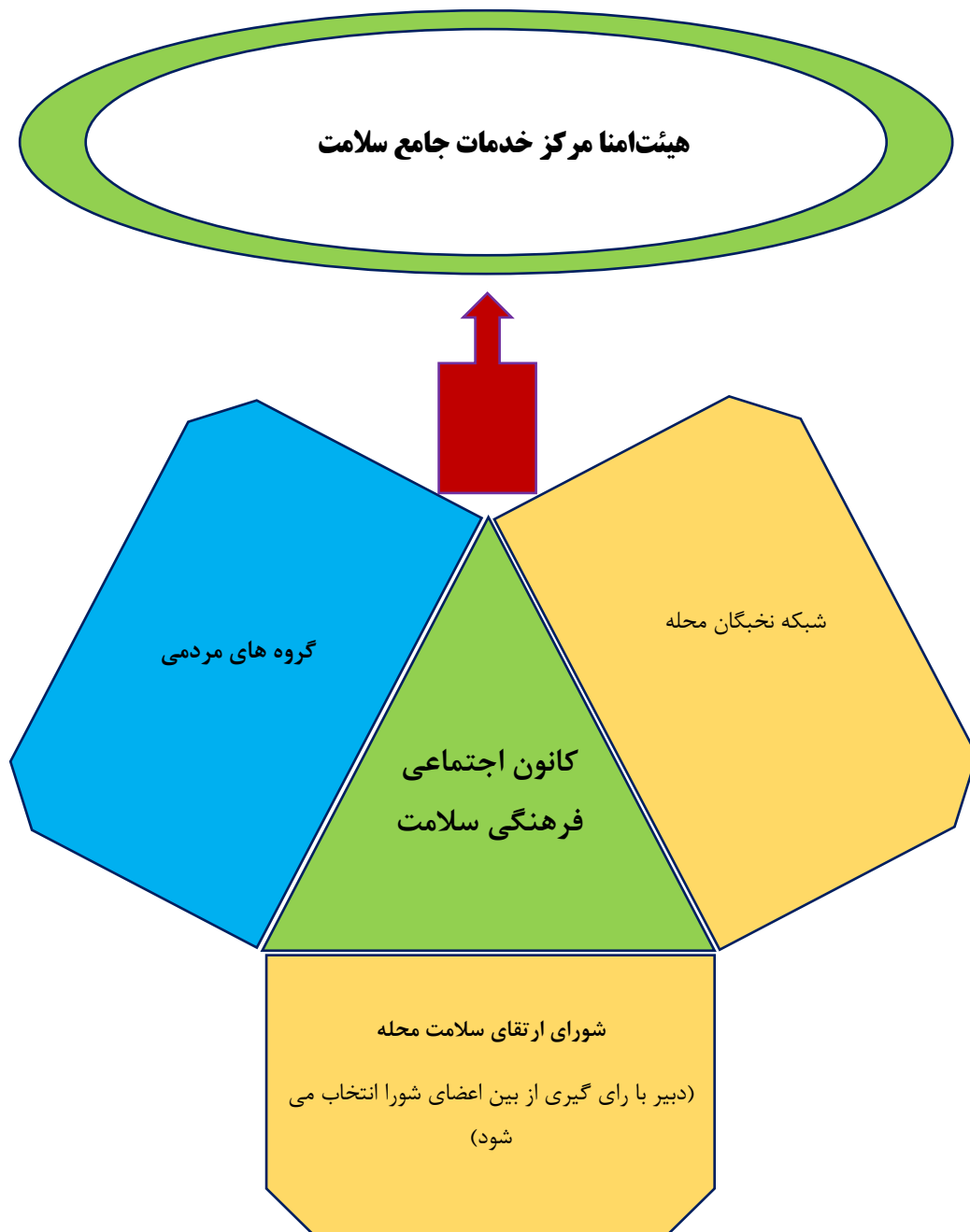
مکان تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله

این کانون با استفاده از ظرفیت های اماکن مرتبط به اعضای دولتی و غیردولتی شورای ارتقای سلامت محله از جمله سرای محله شهرداری، مسجد، حسینیه، پایگاه سلامت، خانه بهداشت و اماکن اهدا شده توسط افراد سرشناس و معتمد محله اهدا شده، تشکیل می شود.

منابع مالی مورد نیاز:

- ❖ برای رفع چالش ها و انجام مداخلات سلامت محور که رکن اساسی حل آن مداخله خارج از تکالیف سازمانی دانشگاه های علوم پزشکی است با استفاده از منابع مالی دستگاه مرتبط انجام می شود.
- ❖ منابع فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز مثل اتاق، کامپیوتر و نرم افزارهای لازم و بودجه مورد نیاز برای تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت با استفاده، از امکانات نهادهای دولتی و غیردولتی و ظرفیت های محلی از جمله شهرداری و شوراهای شهر و روستا و امکانات دانشگاه علوم پزشکی تامین می گردد.
- ❖ در مورد پروژه هایی که با همکاری گروه های مردمی انجام می شود می توان از امکانات و ظرفیت های خیرین، شوراهای اسلامی شهر و روستا، سازمان های مردم نهاد و سازمان های بین المللی استفاده نمود.





پیوست‌ها

پیوست‌ها:

نحوه اقدام عملی برای تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله

تشریح مراحل اقدام عملی برای تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله با تمرکز بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و فرایند توانمندسازی اجتماع محور (در سطح پایگاه‌های سلامت / خانه بهداشت)

۱. تشکیل تیم اجرایی اولیه

ابتدا برای اجرای این برنامه یکی از مراقبان سلامت/ بهروز آموزش دیده و دارای ظرفیت و مهارت مناسب برای تیم‌سازی، برقراری ارتباط و جلب مشارکت مردم و مسئولین محلی و ترجیحاً ساکن محله، با ابلاغ رییس مرکز بهداشت شهرستان (به پیشنهاد کارشناس ناظر و تایید کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان) به عنوان مجری محلی مشارکت اجتماعی و عامل پیاده‌سازی برنامه محله ارتقا دهنده سلامت و توانمندسازی اجتماع محور انتخاب می‌گردد. این مراقب سلامت/ بهروز در طول فرایند علاوه بر اجرای برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی داوطلبان و سفیران سلامت بر روند پیاده‌سازی برنامه در کانون شامل شورای ارتقای سلامت محله، شبکه نخبگان محله و گروه‌های مردم محلی نظارت خواهد داشت.

در مرحله بعد مراقب سلامت/ بهروز بعد از ارزیابی سریع محله با همکاری داوطلبان سلامت محله و سفیران سلامت خانوار فعال تحت پوشش، ضمن معرفی برنامه به افراد کلیدی شناسایی شده با مشورت آنها لیستی از افراد محلی که می‌توانند به عنوان تیم اجرایی اولیه عهده‌دار اجرای مراحل بعدی برنامه باشند را تهیه می‌کند. (فهرست این افراد در جداول مربوطه که نمونه آنها در زیر آمده است درج می‌گردد).

جدول اسامی افراد انتخاب شده به عنوان نمایندگان تیم اجرایی اولیه

نام و نام خانوادگی	سطح تحصیلات	تاریخ تولد	شماره تماس	محل امضا

محل امضا حاضران در جلسه

یک داوطلب سلامت محله

مراقب سلامت محله

یک فرد معتمد محله

در ادامه مراقب سلامت/ بهورز طی جلسه‌ای که از معتمدان محله هم در آن حضور دارند از بین شرکت‌کنندگان علاقه‌مند یک هسته مرکزی به عنوان تیم اجرایی اولیه به منظور به عهده گرفتن مسئولیت اجرای فرایند برنامه شکل گیرد.

این تیم اجرایی اولیه می‌بایست دارای ویژگی‌های ذیل باشد:

- حداقل تعداد اعضای پیشنهادی این تیم ۷ نفر باشد؛
- اعضای این تیم دارای ترکیب متنوع سنی، سواد، شغلی و جایگاه اجتماعی مختلف باشند؛
- اعضای این تیم داوطلب بوده و وقت لازم برای پیگیری و اجرای برنامه را داشته باشند (بتوانند یک نیم روز در هفته برای طرح وقت بگذارند).

۲. برگزاری کارگاه آموزشی اول

در این مرحله برای نمایندگانی از تیم‌های اجرایی محله‌ها مورد نظر اولین دوره آموزشی برای آشنایی آنها با کلیات برنامه و نیز برخی از ابزارهای لازم برای توسعه محلی برگزار می‌گردد. سرفصل‌های کلی که در این دوره آموزش داده می‌شود عبارت‌اند از:

- فرایند توانمندسازی اجتماع‌محور و آشنایی با دستورالعمل اجرایی محله ارتقا دهنده سلامت؛ شامل مباحث:
 - آشنایی با مفاهیم محله ارتقا دهنده سلامت، هیئت‌امنا، کانون، شورای ارتقای سلامت محله، شبکه نخبگان محله و گروه‌های مردمی
 - آشنایی با مفاهیم گروه اجتماع محلی و محله گرایی و مشارکت محلی؛
 - مفاهیم تسهیلگری و تکنیک‌های تسهیلگری در گروه؛
 - روش‌های جلب اعتماد و بسیج اجتماعی؛
 - ارزیابی جامعه محلی و شناخت منابع مختلف آن؛
 - آشنایی با روش‌های تحلیل ذینفعان؛
 - تهیه برنامه اطلاع‌رسانی مناسب در محله
 - تهیه پروفایل ویژه خانوارهای ساکن محله
 - سازمان‌یابی و ایجاد یک سازمان محله محور

این دوره به صورت کارگاه آموزشی و به مدت ۱ روز برگزار شده و شرکت‌کنندگان با ابزارهای مختلف مرتبط با موارد فوق ذکر آشنا شده و به کارگیری آنها را تمرین می‌کنند.

۳. تعریف و انجام اقدامات اعتمادساز

اولین اقدام تیم اجرایی اولیه در محله قبل از معرفی خود جلب اعتماد مردم محله و سایر ذینفعان از طریق انجام برخی اقدامات عملی است. بر این اساس تیم اجرایی طی یک جلسه بر اساس نیازها و مشکلات مشهود محله از نقطه نظر خودشان یکسری برنامه‌ها و اقدامات به منظور رفع این مسائل تعریف خواهند نمود این اقدامات از سطح پیگیری یک مسأله و نیاز از نهادهای ذیربط تا انجام برنامه مشخص و بلندمدت می‌تواند متغیر باشد. در طی جلسات مذکور تیم اجرایی ضمن تعیین نوع اقدام و تقسیم کار بین خود جهت انجام اقدام و برنامه نیز می‌پردازد البته در تعریف این اقدامات باید دقت نمود که به مسائلی پرداخته شود که کم‌هزینه بوده و در مدت کوتاهی هم به نتیجه برسد. باید توجه داشت که اگر تیم اجرایی متشکل از افرادی باشد که از قبل بین مردم محله شناخته شده و مورد اعتماد باشند، بنا به تصمیم خود تیم اجرایی می‌توانند از این مرحله صرف نظر کنند.

۴. ارزیابی محله

به موازات انجام اقدامات اعتمادساز تیم اجرایی اولیه بر طبق آموزش‌های فراگرفته در کارگاه‌های آموزشی، «تیم‌های مشاهده و مصاحبه» را از بین خود تشکیل داده و اقدام به شناسایی منابع مختلف محله (فیزیکی، انسانی، اجتماعی و سازمانی) می‌نماید در نقشه محله این منابع را نیز در آن جانمایی می‌کند. همچنین در این مرحله تیم اجرایی، جدول شناسایی ذینفعان را اعم از دولتی و غیردولتی تهیه کند. در انجام این مرحله تهیه نمودارها و جداول و نقشه محله بهتر است که بر روی کاغذهای بزرگ صورت گیرد تا قابل نمایش برای مردم محله و ذینفعان در آینده باشد. این اقدامات را می‌توان با استفاده از ظرفیت گروه‌های مردمی علاقمند (داوطلبان سلامت محله، داوطلبان متخصص، سفیران سلامت خانواده فعال...) انجام داد.

۵. تهیه شناسنامه محله

هدف از تهیه شناسنامه محله:

- شناخت کلیات وضعیت سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت محله
- شناخت و بررسی پیشینه مداخلات قبلی در حوزه مشارکت و سلامت محله
- جمع‌آوری اطلاعات جمعیت محله
- شناسایی سازمان‌ها و نهادهای ذینفع و ذیربط (دولتی - عمومی) محلی
- شناسایی ساختارهای اجتماعی، سازمان‌های مردم‌نهاد، خیرین و مؤسسات خیریه، تسهیلمان منطقه‌ای، گروه‌های مردمی داوطلب فعال و ساکن در محله

در این بخش به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نظر درباره خانوارهای ساکن محله می توان بر اساس سرشماری برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع و پرونده های سلامت، اطلاعات سامانه سیب، اطلاعات سازمان ها و نهادهایی که در محله فعال هستند (مانند بسیج محله) و.....، پروفایل ساکنین محله تکمیل گردد.

۶. اطلاع رسانی برنامه محله ارتقا دهنده سلامت

باید توجه داشت که این مرحله تا پایان فرایند استمرار داشته و همواره در مقاطع مختلف اجرای برنامه به منظور ارائه گزارش اقدامات و برنامه های پیش رو به مردم محله و ذینفعان دیگر اطلاع رسانی انجام می گردد. در این مرحله ابتدا تیم اجرایی اولیه طی جلسه ای یک برنامه اطلاع رسانی برای معرفی خود و برنامه ها تهیه می کند. این برنامه باید شامل سه رکن مربوطه به شرح ذیل باشد:

- ۱- تعیین مخاطبان اعم از مردم محله و ذینفعان شناسایی شده در مرحله قبل
 - ۲- تدوین کردن پیام ویژه هر مخاطب به منظور اطلاع رسانی برنامه محله ارتقا دهنده سلامت
 - ۳- تعیین روش انتقال پیام به هر مخاطب از قبیل جلسه عمومی، نامه و گزارش، بروشور و تراکت، مراسم و بازدید و....
- البته تیم اجرایی اولیه در جلسه تهیه برنامه اطلاع رسانی باید برآورد هزینه آن و نیز تقسیم کار بین خود را جهت انجام این برنامه را هم داشته باشد. همچنین منابع خود را برای تداوم اطلاع رسانی در طول برنامه تقسیم نماید.

۷. سازمان دهی جامعه محلی

در این مرحله، زمینه جهت توسعه فعالیت های تیم اجرایی اولیه و انسجام یافتن آن از طریق سازمان یابی فراهم شده است به این منظور فهرستی از افراد به شرح ذیل را استخراج خواهد شد:

- لیست افراد تحصیل کرده دانشگاهی با (ذکر) نوع مدرک و شماره تلفن
- لیست افراد شاغل در نهادهای دولتی و غیردولتی با ذکر نام نهاد و شماره تلفن
- لیست افراد فعال در گروه های اجتماعی با ذکر نام گروه و شماره تلفن
- لیست افراد دارای مهارت رسمی با ذکر نوع مهارت و شماره تلفن
- لیست افراد علاقه مند به مشارکت اجتماعی با ذکر نوع مشارکت و شماره تلفن
- لیست افراد معتمد در محله با ذکر تعداد آرای او و شماره تلفن فرد معتمد

تیم اجرایی اولیه می تواند این فهرست ها را به تفکیک هر بلوک هم تهیه کند. سپس با دعوت از افراد در یک جلسه عمومی، ضمن تشریح برنامه و ارائه گزارشی از عملکرد تا این مرحله، از آنها برای همکاری و ایجاد ائتلاف محلی با نام «کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله» دعوت می کند. افراد داوطلب و علاقه مند، مسئولین و معتمدین محلی برای ایجاد کانون فرهنگی اجتماعی سلامت

محله می‌توانند با توجه به صلاحیت‌ها و مهارت‌ها در «شورای ارتقای سلامت محله»، «شبکه نخبگان محله» و «گروه‌های مردمی» عضو شوند.

در ادامه این سازمان محلی با تعریف ساختار سازمانی با حفظ اصول حاکم بر برنامه، تعریف روال انتخاب اعضای این ارکان و وظایف و روال برگزاری جلسات آنها و... به کانون هویت منسجم می‌دهد.

در صورت امکان می‌توان یک مکان به‌عنوان دفتر کانون را با توجه به ظرفیت‌های محلی تهیه کرد و یا از فضای پایگاه سلامت برای برگزار جلسات کانون استفاده کرد.

اعضا شورای ارتقای سلامت محله طبق دستورالعمل مشخص است و نمایندگانی از تیم اجرایی اولیه، «شبکه نخبگان محله» و گروه‌های مردمی و... در آن عضو هستند. (در بخش ساختار به آن اشاره شده است).

۸. برگزاری کارگاه آموزشی دوم

در این مرحله برای اعضای شورای ارتقای سلامت محله دومین دوره آموزشی برای آشنایی آنها با روش‌های نیازسنجی و تعیین اولویت‌های محله برگزار می‌گردد. سرفصل‌های کلی که در این دوره آموزش داده می‌شود عبارت‌اند از:

- آشنایی با فرایند اجرایی نیازسنجی
- آشنایی با نیاز و انواع آن؛
- روش‌های ارزیابی سریع در نیازسنجی؛
- نیازسنجی از طریق بحث گروهی متمرکز؛
- آشنایی با تکنیک‌های اولویت‌بندی
- مهارت‌های ارتباطی

این دوره به صورت کارگاه آموزشی و به مدت ۱ روز برگزار شده و شرکت‌کنندگان با ابزارهای مختلف مرتبط با موارد فوق ذکر آشنا شده و به کارگیری آنها را تمرین می‌کنند.

۹. انجام نیازسنجی و اولویت بندی

دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت در پیوست این دستورالعمل ارائه شده است.

۱۰. برگزاری کارگاه آموزشی سوم

در این مرحله برای اعضای شورای ارتقای سلامت محله، چهارمین دوره آموزشی برای آشنایی آنها با روش های برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت برگزار می گردد. سرفصل های کلی که در این دوره آموزش داده می شود عبارتند از:

- آشنایی با چارچوب برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت
- این دوره به صورت کارگاه آموزشی و به مدت ۱ روز کامل برگزار شده و شرکت کنندگان روش نوشتن یک برنامه را تمرین می کنند.

۱۱. تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله

در این مرحله اعضای شورای ارتقای سلامت محله بر اساس آموزش های داده شده اقدام به نوشتن برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله در خصوص اولویتهای نیازها و مسائل محله می کنند در نوشتن این برنامه، شورای ارتقای سلامت محله در کانون دقت خواهد کرد که اولاً اهداف اختصاصی نوشته شده در برنامه دارای ویژگی های مورد نظر (SMART) باشند. ثانیاً فعالیت ها و اقدامات اجرایی مربوطه به فرد مسئول و زمان بندی مربوطه آورده شده باشد. ثالثاً شامل یک چک لیست خاص خود برای پایش آن برنامه باشد. در ادامه برنامه تدوین شده در جلسه شورای ارتقای سلامت محله طرح و مورد بررسی قرار گرفته و به تصویب خواهد رسید. دستورالعمل اجرایی مداخلات ارتقای سلامت در پیوست این دستورالعمل ارایه شده است.

۱۲. اجرای مداخلات ارتقای سلامت محله

در این بخش افراد مسئول اجرای هر فعالیت بر اساس برنامه های مصوب شورای ارتقای سلامت محله، اجرای برنامه را آغاز کرده و فعالیت ها و اقدامات برنامه را انجام خواهند داد این افراد فعالیت خود را تحت مدیریت شورای ارتقای سلامت محله انجام داده و هر سه ماه گزارش پیشرفت کارها را به شورای ارتقای سلامت محله ارائه می کنند. در اجرای هر فعالیت سه نکته قابل توجه است:

- همکاری و مشارکت ذینفعان مورد نظر هر برنامه،
- مشارکت افراد محلی در اجرای موفق هر برنامه مداخلاتی
- مستندسازی شامل تهیه عکس، فیلم، گزارش و... در مورد مسأله و نیاز مربوط به هر برنامه قبل و بعد از اجرای مداخله

۱۳. خودارزیابی

این مرحله توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله بر طبق چکلیست (پیوست) بعد از اتمام اجرای برنامه های مداخلاتی انجام می گیرد.

۱۴. ارسال گزارش

گزارش اقدامات انجام شده برای اطلاع رسانی به مردم محله و ذینفعان برنامه تهیه و از طرق ممکن آنها در جریان فعالیتها و اقدامات قرار می گیرند.

همچنین تهیه و ارسال گزارش فصلی به هیئت امنای مرکز صورت گیرد

۱۵. ارزشیابی پایانی

ارزشیابی پایانی توسط یک تیم شامل نمایندگانی از هیئت امنای، و کارگروه آموزش، ارتباطات و مشارکت اجتماعی سطح شهرستان بر اساس چکلیست (در بخش پیوست دستورالعمل) انجام می گیرد.

تبصره: در طی اجرای مراحل اقدام عملی برای تشکیل کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله ضروری است پایش کلیه مراحل در ۴ نوبت و خودارزیابی در یک نوبت شامل:

۱. بعد از مرحله شماره ۴ (ارزیابی محله) پایش توسط کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت
۲. بعد از مرحله شماره ۷ (سازمان دهی جامعه محلی) پایش توسط کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت
۳. بعد از مرحله شماره ۹ (انجام نیازسنجی و اولویت بندی) پایش توسط کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت
۴. بعد از مرحله شماره ۱۱ (تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله) پایش توسط کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت
۵. بعد از مرحله شماره ۱۲ (تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله) خودارزیابی توسط شورای ارتقای سلامت محله

شیوه نظارت بر اجرای برنامه

نظارت بر این برنامه مبتنی بر فرایند است بدین معنی که با توجه به انتظارات تشریح شده، تأکید بیشتری روی انجام به موقع و گام به گام مراحل پیش بینی شده توسط مردم محلی در فرایند اجرایی دستورالعمل دارند.

بر این اساس نظارت بر اجرای دستورالعمل از دو طریق صورت می‌گیرد:

الف: تهیه و ارائه گزارش توسط شورای ارتقای سلامت محله از مراحل مختلف اجرای آن

ب: انجام بازدید و بررسی‌های محلی توسط کارشناس ناظر

کارشناسان ناظران با توجه به موارد آموزش داده شده در کارگاه‌های آموزشی و تکالیف مطرح شده در آنها باید به ارزیابی نحوه اجرای دستورالعمل در محله‌ها هدف پرداخته و مستندات مورد نظر را مورد بررسی قرار دهند. همچنین چک لیست‌های مربوط به هر مرحله را نیز تکمیل نمایند.

چک لیست اجرای دستورالعمل به تفکیک هر مرحله اقدام عملی برای تشکیل کانون

ردیف	مراحل پایش	مراحل اقدام عملی برای تشکیل کانون	مستندات پایش	مستندات انجام وجود دارد		
				بله	خیر	
	مرحله ۱ پایش	تشکیل تیم اجرایی اولیه	گزارش ارزیابی محله و شناسایی افراد کلیدی			
			گزارش شناسایی و جذب افراد کلیدی و شناسایی داوطلبان برای عضویت در تیم اجرایی اولیه			
			صورت جلسه تشکیل تیم اجرایی اولیه			
		تعریف و انجام اقدامات اعتمادساز	برگزاری کارگاه آموزشی اول	مستندات برگزاری کارگاه آموزشی		
			صورت جلسات بررسی و تعیین اقدامات اعتمادسازی	گزارش اجرای اقدامات اعتمادسازی		
				گزارش نتایج اطلاعات جمع آوری شده توسط تیم‌های مشاهده و مصاحبه		
ارزیابی محله	نقشه محله و جانمایی منابع					
	جدول شناسایی ذینفعان					
	گزارش نحوه انجام کار					
	مرحله ۲ پایش	تهیه شناسنامه محله	نمونه شناسنامه تکمیل شده			

		برنامه اطلاع رسانی تهیه شده توسط تیم اجرایی (مخاطبان پیام، کانال اطلاع رسانی)	اطلاع رسانی برنامه محله ارتقا دهنده سلامت	
		گزارش و عکس از جلسات عمومی برگزار شده		
		گزارش ارتباط با ذینفعان دولتی و یا بازدید آنها از محله		
		گزارش تقسیم بندی محله به بخش های کوچکتر (بلوک بندی)		
		جداول استخراج شده از ظرفیت های انسانی محله شامل افراد تحصیل کرده شاغل در نهادها، دارای مهارت، فعال در گروه های اجتماعی، علاقه مند به همکاری در برنامه، معتمدان به تفکیک بلوک های تعیین شده	سازمان دهی جامعه محلی	
		صورت جلسه تعیین مکان کانون فرهنگی اجتماعی محله		
		گزارش تجهیز مرکز و لیست اموال خریداری شده		
		مستندات برگزاری کارگاه آموزشی		
		صورت جلسه انجام نیازسنجی	مرحله ۳ پایش	
		نمونه فرم بحث گروهی، مصاحبه پرسشنامه و...		
		گزارش انجام نیازسنجی و نتایج بدست آمده		
		گزارش جلسه اولویت بندی و نتایج بدست آمده		
		مستندات برگزاری کارگاه آموزشی	مرحله ۴ پایش	
		صورت جلسات جلسه تدوین برنامه های مداخله ای		
		نمونه فرم های تکمیل شده		
		نمونه برنامه های تدوین شده برای اولویت های تصویب شده اهداف اختصاصی، جدول مربوطه		
		گزارش اجرای مداخلات انجام شده	خودارزیابی	
		گزارش ارزیابی فعالیت های اجرا شده بر اساس برنامه تهیه شده		
		اجرای مداخلات ارتقای سلامت محله		

چک لیست امتیازدهی بر اساس پایش اقدامات راه اندازی و تشکیل کانون اجتماعی فرهنگی سلامت

ردیف	راهبرد عملیاتی	امتیاز در نظر گرفته شده طبق بخش یک چارچوب و برنامه اقدام تشکیل و هدایت کانون اجتماعی فرهنگی سلامت	توضیحات
۱	تشکیل تیم اجرایی اولیه	۷ امتیاز	
۲	برگزاری کارگاه آموزشی اول	۵ امتیاز	
۳	تعریف و انجام اقدامات اعتمادساز	۸ امتیاز	
۴	ارزیابی محله	۸ امتیاز	
۵	تهیه شناسنامه محله	۸ امتیاز	
۶	اطلاع رسانی برنامه محله ارتقا دهنده سلامت	۷ امتیاز	
۷	سازماندهی جامعه محلی	۸ امتیاز	
۸	برگزاری کارگاه آموزشی دوم	۵ امتیاز	
۹	انجام نیازسنجی و اولویت بندی	۹ امتیاز	
۱۰	برگزاری کارگاه آموزشی سوم	۵ امتیاز	
۱۱	تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله	۹ امتیاز	
۱۲	اجرای مداخلات ارتقای سلامت محله	۱۰ امتیاز	
۱۳	خودارزیابی	۵ امتیاز	
۱۴	ارسال گزارش	۶ امتیاز	
	جمع	۱۰۰ امتیاز	

نقش و وظایف دست‌اندرکاران

در اجرای این دستورالعمل، افراد خاصی همواره به‌عنوان دست‌اندرکار وجود دارد که هر یک از آنها در طول مراحل مختلف اجرای دستورالعمل نقش‌های مختلفی را نیز بر عهده خواهند داشت. این افراد عبارتند از:

الف. کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان

کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان که از ابتدا، کلاس‌های توجیهی در رابطه با دستورالعمل را گذرانده است، مسئولیت و وظایف ذیل را بر عهده خواهد داشت:

- تشکیل کارگروه آموزش و ارتباطات و مشارکت اجتماعی
- توانمندسازی اعضای کارگروه آموزش و ارتباطات و مشارکت اجتماعی، پرسنل ستاد شهرستان، پزشکان مراکز، پزشکان خانواده، مراقبان سلامت/بهورزان
- ارتباط مستمر با مدیر گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه/ دانشکده
- نظارت بر کار کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت
- نظارت بر عملکرد هیئت‌امنا مرکز خدمات جامع سلامت
- تهیه و ارسال گزارش‌های لازم به سطح دانشگاه/ دانشکده
- مشارکت در انجام ارزشیابی پایانی اقدامات انجام شده در کانون‌های فرهنگی اجتماعی سلامت محله

ب. نماینده پزشکان خانواده:

- شرکت در جلسات شورای ارتقای سلامت محله
- مشارکت در اجرای برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت
- گزارش تحلیل اپیدمیولوژیک بیماران ویزیت شده محله در شورای ارتقای سلامت محله

رئیس مرکز خدمات جامع سلامت

- برگزاری جلسات هیئت‌امنا مرکز خدمات جامعه سلامت
- مشارکت در تدوین لیست اولویت‌های تیم سلامت شورای ارتقای سلامت کانون‌های تحت پوشش
- نظارت بر کل فرایند اجرایی برنامه
- مشارکت در انجام ارزشیابی پایانی اقدامات انجام شده در کانون‌های فرهنگی اجتماعی سلامت محله

ب. مراقب سلامت

- تشکیل تیم اجرایی اولیه
- آموزش و انتقال مهارت‌ها به افراد تیم اجرایی اولیه در سطح محله هدف

- تسهیلگری کلیه مراحل راه اندازی، استقرار کانون
- تسهیلگری جلسات شورای ارتقای سلامت محله
- نظارت بر تهیه و ارسال گزارش

ب. کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت:

کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت که برنامه دوره های آموزشی برگزار شده در رابطه با برنامه را گذرانده اند، مسئولیت و وظایف ذیل را بر عهده دارد:

- هماهنگی جهت تشکیل و برگزاری جلسات هیئت امناء
- پایش مستمر فعالیت های کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله و استخراج نقاط قوت و ضعف و مشکلات پیش آمده
- ارتباط مستمر با کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان
- تهیه و ارسال گزارش های لازم به سطح بالاتر

ج. اعضای تیم اجرایی اولیه

این افراد که از بین داوطلبان و افراد معتمد و کلیدی محله ها انتخاب می شود مسئولیت اصلی پیاده سازی فرایند و فراگرفتن تکنیک های مرتبط با توسعه محله را بر عهده دارند. این افراد در مراحل بعدی می توانند در قالب یک نهاد محلی با عنوان شورای ارتقای سلامت محله سازمان یابند. وظایف عمده این تیم اجرایی اولیه عبارتند از:

۱. شرکت اعضای تیم اجرایی اولیه محله در کارگاه های آموزشی برنامه
۲. تهیه دستور کار و تشکیل مرتب جلسات هم فکری و برنامه ریزی
۳. پیگیری اجرای مصوبات جلسات خود در راستای پیاده سازی فرایند برنامه.
۴. تقسیم کار بین خود و جلب مشارکت از محله خود برای اجرای اقدامات و تمرین تکنیک های مربوطه
۵. ارتباط مستمر با مراقب سلامت
۶. راه اندازی و استقرار کانون
۷. برقراری ارتباط با ذینفعان دیگر جامعه و شناساندن خود و برنامه به آنها
۸. داشتن ارتباط مستمر با اهالی محله و اطلاع رسانی کارها و پیشرفت برنامه به آنها
۹. تهیه و ارسال گزارش های لازم به سطح بالاتر

دستور العمل تشکیل تیم اجرایی اولیه

در راستای انجام طرح توانمندسازی اجتماع محور در محله، فعالیت های ذیل برای انجام مرحله تشکیل تیم اجرایی اولیه در محله ها هدف انجام می گردد

گام اول - مراقب سلامت برای انتخاب اعضای تیم اجرایی اولیه محله با همکار داوطلبان و سفیران سلامت، افراد را بر اساس میزان اهمیت و تأثیر آن در موفقیت برنامه نسبت به هم بررسی می کنند (با استفاده معیارهای ذیل):

- میزان وقتی که می تواند برای طرح بگذارد
- علاقه فردی و تعهد به همکاری در طرح
- میزان اعتماد و باور افراد کلیدی محله به آنها
- سطح سواد
- مهارت ارتباطی

گام دوم - مراقب سلامت با همکار داوطلبان سلامت طی مراجعه به محله هدف و مصاحبه با افراد کلیدی محله ضمن اطلاع رسانی و معرفی برنامه از هر فرد کلیدی لیستی از مردان و زنان فعال (۳) نفر در محله را تهیه می کند. خود افراد کلیدی هم در صورت تمایل و علاقه مندی می توانند جزو داوطلبان تیم اجرایی قرار گیرند. مراقب سلامت محله می تواند به تناسب افراد کلیدی دیگری را هم در این فهرست اضافه نماید:

- معتمدان محله
- ریش سفید محل
- معلمان و مدیران مدارس محله
- پزشک محله
- مسئولان هیئت مذهبی و هیئت امنای مساجد
- مسئول پایگاه مقاومت
- محله بسیج
- کسبه با سابقه محله
- هنرمندان و ورزشکاران
- و.....

گام سوم - مراقب سلامت از بین لیست تهیه شده بر اساس برداشت خود از مصاحبه با افراد کلیدی و نیز موارد تکراری در لیست ارائه شده توسط آنها در هر محله حداقل ۷ نفر را انتخاب می کند

گام چهارم - ۷ نفر اول به عنوان نمایندگان تیم اجرایی اولیه تعیین میکند. بقیه داوطلبان هم به عنوان اعضای تیم اجرایی همکاری خواهند داشت.

جدول اسامی افراد انتخاب شده به عنوان نمایندگان تیم اجرایی اولیه

نام و نام خانوادگی	سطح تحصیلات	تاریخ تولد	شماره تماس	محل امضا

محل امضا حاضران در جلسه

یک داوطلب سلامت محله

مراقب سلامت محله

یک فرد معتمد محله

فرم شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله ارتقا دهنده سلامت

۱. فرم شناسنامه محله

اطلاعات تیم سلامت

ردیف	نام و نام خانوادگی
۱	پزشک خانواده
۲	مراقب سلامت ناظر
۳	مراقب سلامت
۴	کارشناس بهداشت محیط مرکز خدمات جامع سلامت
۵	کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت

ظرفیت ها و پتانسیل ها

فرم ظرفیت های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، ورزشی موجود در محله	
ظرفیت	آمار (تعداد) / شاخص (درصد)
	تعداد
	درصد افراد بی سواد بالای شش سال
	درصد افراد دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی
	تعداد افراد با تحصیلات بالای لیسانس
	تعداد خیرین
	تعداد معتمد
	تعداد دانش آموز / سفیر سلامت دانش آموز
	تعداد دانشجو / سفیر سلامت دانشجو
	تعداد سفیر سلامت خانوار
	تعداد داوطلب سلامت محله
	تعداد داوطلب سلامت محله فعال
	تعداد گروه خودیار
	تعداد اعضای گروه خودیار
	گروه های مهارت آموزی و توسعه انسانی
	گروه های جهادی
	تعداد سازمان های مردم نهاد (سمن)

فرم ظرفیت های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، ورزشی موجود در محله		
ظرفیت	آمار (تعداد) / شاخص (درصد)	تعداد
	تعداد نخبگان	
	تعداد فعال محله	
	تعداد ورزشکاران زن	
	تعداد ورزشکاران مرد	
	تعداد هنرمندان زن	
	تعداد هنرمندان مرد	
فرهنگی و آموزشی	مسجد	
	حسینیه	
	هیئت مذهبی	
	مدرسه به تفکیک ابتدایی..... / متوسطه اول... / متوسطه دوم...	
	حوزه علمیه	
	دانشگاه	
	کتابخانه	
	قرائت خانه	
	فرهنگسرا	
	سایر با ذکر نام	

فرم ظرفیت های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، ورزشی موجود در محله		
ظرفیت	آمار (تعداد) / شاخص (درصد)	تعداد
انتظامی و امنیتی	پلیس اجتماعی یا ایستگاه نیروی انتظامی / کلانتری	
	پایگاه بسیج	
درمانی	بیمارستان (تخصصی / فوق تخصصی / عمومی)	
	کلینیک (فوق تخصصی / تخصصی / عمومی)	
	درمانگاه	
	مرکز خدمات جامع سلامت	
	پایگاه بهداشتی	
	خانه بهداشت	
	مطب پزشک	
	دندانپزشکی	
	داروخانه	
	مرکز نیکوکاری	
عام المنفعه	خانه امداد	
	خانه هلال	
	بهبزستی	
	تعداد ادارات دولتی موجود در محله	
	تعداد کارگاه های موجود در محله	
	تعداد کارخانه های موجود در محله	
	پارک و فضای سبز	
تفریحی و ورزشی	باشگاه ورزشی / ورزشگاه	
	مجتمع اداری	
دسترسی به خدمات	دفتر خدمات دولتی	
	تعداد افراد دارای بیمه درمانی	
بیمه	تعداد افراد دارای بیمه تکمیلی	
	درصد خانوارهای مالک مسکن	
مسکن	تعداد خانه های اجاره یا رهن شده	
	تعداد خانه های خالی	

فرم ظرفیت های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، ورزشی موجود در محله		
ظرفیت	آمار (تعداد) / شاخص (درصد)	تعداد

تعداد	عنوان	
	تعداد خانوارهای بی سرست یا بدسرپرست یا معتاد و کارافتاده	افراد آسیب پذیر
	تعداد بیماران مزمن (دیابت)	
	تعداد بیماران مزمن (فشارخون)	
	تعداد بیماران صعبالعلاج (سرطان و...)	
	تعداد افراد معلول	
	تعداد بیمار مبتلا به اختلالات روانی	
	تعداد سالمندان بالای ۶۵ سال	
	تعداد سالمندان تنها	

اعضای هیئت امنای مرکز خدمات جامع سلامت

ردیف	اعضای هیئت امنای مرکز خدمات سلامت	نام و نام خانوادگی
۱	رئیس مرکز خدمات جامع سلامت (رئیس هیئت امنای)	
۲	کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت (دبیر هیئت امنای)	
۳	نمایندگان ائمه جماعات مساجد	
۴	نماینده سمن های فعال	
۵	نماینده گروه های جهادی	
۶	نماینده هیات مذهبی و قرآنی	
۷	نمایندگان پایگاه های بسیج	
۸	نماینده خیریه ها	
۹	نماینده مدارس	
۱۰	نماینده شهرداری/ دهیاری منطقه تحت پوشش	
۱۱	نماینده داوطلبان سلامت محله با تایید مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه سلامت/ خانه بهداشت	
۱۲	نماینده حوزه های علمیه فعال	
۱۳	رابط شورای اسلامی شهر/ روستا	
۱۴	نماینده کلانتری	
۱۵	نماینده خانه هلال	
۱۶	نماینده نخبگان محله	

اعضای شورای ارتقای سلامت پایگاه سلامت

ردیف	اعضای شورای ارتقای سلامت پایگاه سلامت	نام و نام خانوادگی
1	امام جماعت مساجد محله	
2	مسئول پایگاه سلامت (تسهیلگر)	
3	نماینده پزشکان خانواده مستقر در محله	
4	افراد شاخص و معتمد محلی	
5	داوطلب سلامت	
6	نماینده سرخوشه ها	
7	نخبگان سلامت محله	
8	نماینده تشکل های مردمی	
9	کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت	
10	آموزش و پرورش	
11	بسیج	
12	کلانتری	
13	شهرداری ناحیه	
14	بهبیستی	
15	کمیته امداد	
16	رئیس شورا	
۱۷	دبیر شورا	

انجام جلسات ماهیانه

لیست داوطلبان سلامت فعال

لیست گروه های خودیار

۲. فرم شناسنامه خانوارهای محله

الف. کلیات

شماره پرسشنامه	نام پرسشگر:	تاریخ تکمیل:
شهر	محله	بلوک
قدمت سکونت	مبدأ مهاجرت	نوع مالکیت:
نشانی		تلفن

ب. مشخصات اعضای خانوار (کنار نام پاسخ دهنده علامت * بگذارید)

نام و نام خانوادگی	موقعیت در خانواده	سن	وضعیت سواد
اعضای خانوار به ترتیب	۱. سرپرست	برای افراد کمتر از یک سال	۱. بی سواد
سرپرست همسر و فرزندان به	۲. همسر	کد صفر درج شود	۲. ابتدایی
ترتیب سن و سپس سایر	۳. فرزند		۳. راهنمایی
اعضای خانوار وارد کنید.	۴. عروس / داماد		۴. دبیرستان
	۵. پدر / مادر		۵. دیپلم
	۶. خواهر / برادر		۶. دانشجو
	۷. سایر		۷. فوق دیپلم لیسانس
			۸. فوق لیسانس
			۹. دکترا

پ. مشخصات اعضای خانوار (کنار نام پاسخ دهنده علامت بگذارید)

نام و نام خانوادگی	وضعیت تاهل	وضعیت فعالیت	عنوان شغلی
اعضای خانوار به ترتیب سرپرست همسر و فرزندان به ترتیب سن و سپس سایر اعضای خانوار وارد کنید.	۱. مجرد ۲. متاهل ۳. بیوه ۴. مطلقه	۱. شاغل ۲. بیکار ۳. بیکار جویای کار ۴. محصل / دانشجوی ۵. بازنشسته/ از کار افتاده ۶. سرباز ۷. خانه دار ۸. غیرشاغل دارای درآمد	۱. خوداشتغالی بدون کارگر ۲. کارفرما دارای کارگر ۳. کار در خانه ۴. کارگر/ کارمند بخش دولتی ۵. کارگر / کارمند بخش خصوصی ۶. سایر

ت. اطلاعات جانبی اعضای خانوار برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی دانشگاهی	نام اداره/ شرکت محل کار	وسیله رفتن به سرکار
به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید.	عنوان رشته تحصیلی را قید نمایید	نام اداره سازمان و یا/شرکت کارخانه کارگاه محل اشتغال را قید نمایید.	۱. ماشین شخصی ۲. تاکسی ۳. اتوبوس ۴. موتور دوچرخه ۵. سرویس اداری ۶. پیاده

ث. اطلاعات جانبی اعضای خانوار برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی	مهارت های خاص دیگر	عنوان مهارت	محل اخذ گواهی مهارت
به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید.	۱. هنری ۲. ورزشی ۳. فنی ۴. کامپیوتر ۵. زبان خارجی ۶. فاقد مهارت	عنوان مشخص مهارت فرد را قید نمایید.	۱. بدون گواهی ۲. سازمان دولتی ۳. فنی و حرفه ای ۴. مؤسسه خصوصی ۵. سایر (ذکر شود)

ج. اطلاعات جانبی اعضای خانوار برای افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی	منبع کسب اطلاعات	میزان وقت آزاد در هفته	نحوه گذران اوقات فراغت
به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید	۱. تلویزیون	۱. تمام روزهای هفته	۱. تماشای تلویزیون
	۲. رادیو	۲. چند روز در هفته	۲. ورزش و تفریح
	۳. روزنامه	۳. یک روز در هفته	۳. کوچه و خیابان
	۴. اینترنت	۴. چند ساعت در هفته	۴. تئاتر و سینما
	۵. مجله و کتاب	۵. بدون وقت آزاد	۵. گردش / مسافرت
	۶. مراکز عمومی		۶. مطالعه
	۷. سایر (ذکر شود)		۷. کافی نت / گیم نت
			۸. دید و بازدید آشنا
			۹. سایر (ذکر شود)

چ. اطلاعات جانبی اعضای خانوار برای (افراد بالای ۱۶ سال تکمیل گردد).

نام و نام خانوادگی	عضویت در گروه های اجتماعی	عنوان انجمن گروه	میزان فعالیت در انجمن
به همان ترتیب جدول فوق وارد نمایید.	۱. هیئت مذهبی ۲. باشگاه ورزشی ۳. سازمان غیردولتی ۴. انجمن اولیا مربیان ۵. پایگاه مقاومت بسیج ۶. شورای محله ۷. سایر (ذکر شود)	نام انجمن سازمان که عضو هستید را قید نمایید.	۱. تمام وقت ۲. نیمه وقت ۳. پاره وقت ۴. به ندرت ۵. غیرفعال

ح. اطلاعات خارج خانوار (سرمایه اجتماعی)

نوع کمک گرفتن از همسایگان بله (۱) - خیر (۲) - برخی مواقع (۳)	گروه های فعال در محله بله (۱) - خیر (۲)
مراقبت از کودکان و منزل در هنگام سفر	هیئت مذهبی
رفع مشکلات ارائه خدمات عمومی	باشگاه ورزشی
حمل و نقل ائاثیه	سازمان غیر دولتی
پیدا کردن شغل	انجمن اولیا مربیان
انجام مراسم های خانوادگی	پایگاه مقاومت بسیج
پیگیری کار از نهادهای دولتی	شورای حل اختلاف
حل اختلاف خانوادگی	شورای محله
مراقبت های پزشکی	داوطلبان سلامت
مقابله با بلایای طبیعی و حوادث	صندوق قرض الحسنه
قرض گرفتن پول	صندوق های فامیلی
قرض گرفتن وسایل و مواد غذایی	سایر (ذکر کنید)
سایر (ذکر کنید)	

خ. اطلاعات خارج خانوار (سرمایه اجتماعی)

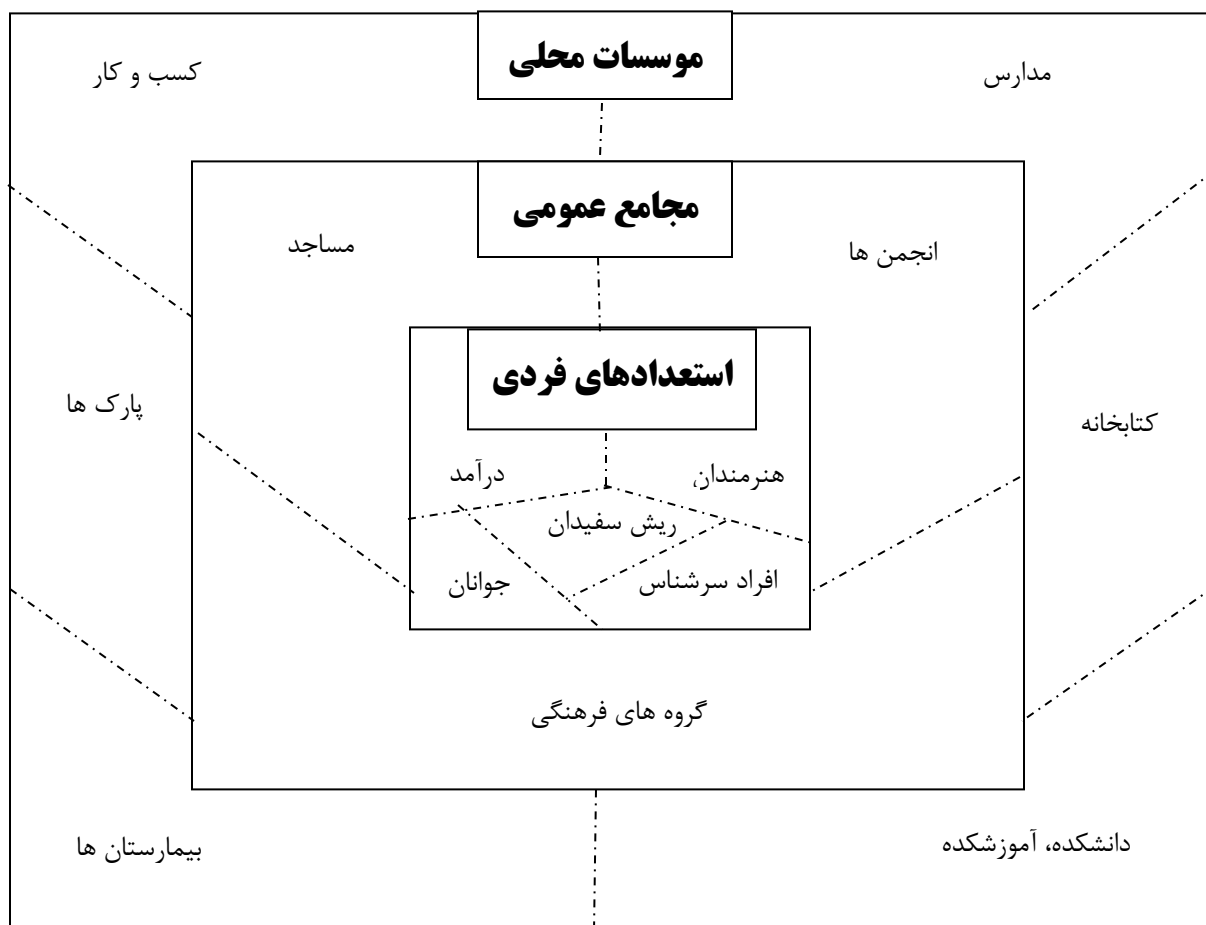
مراجعه به مسئولان بله (۱) - خیر (۲) - چندبار (۳)		ارزیابی وفاق در محله بله (۱) - خیر (۲) - تا حدی (۳)	
شورای شهر / شهرداری		صحبت به یک زبان	
استانداری / فرمانداری		متعلق بودن به یک قومیت	
نماینده مجلس		مهاجرت از یک شهر مشابه	
امام جمعه شهر		وضع اقتصادی یکسان	
بهبزستی / کمیته امداد		احساس امنیت خاطر از زندگی در محله	
سایر		وجود اتحاد در محله.	
مشارکت اجتماعی بله (۱) - خیر (۲) - تا حدی (۳)		حل دعوای همسایگی بله (۱) - خیر (۲) - تا حدی (۳)	
مشارکت فکری		ریش سفیدان و معتمدان	
حمایت از دیگران		داوری همسایگان	
مشارکت مالی		شورای حل اختلاف	
همکاری اجرایی		امام جماعت مسجد	
میزان وقت در هفته		کلانتری و دادگاه	

د. نام یک نفر معتمد محله خود و شماره تماس وی را بنویسید.

.....

.....

سرمایه اجتماعی محله



ترسیم سرمایه اجتماعی محله (Community Assets Map)

بسمه تعالی

منشور اخلاقی اعضای کانون اجتماعی فرهنگی سلامت

اینجانب فرزند با کد ملی عضو کانون فرهنگی اجتماعی سلامت در شهرستان
 باایمان به اراده حضرت حق تعالی و پایبندی به ارزش‌های اخلاقی و اسلامی، جهت حفظ منافع عموم و در راستای توسعه سلامت
 اجتماعی محله خود موازین اخلاقی زیر را پذیرفته و متعهد به آن می‌شوم:

- ۱- جهت ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و تقویت شادابی و امید ساکنان محله بکوشم.
- ۲- برای ارتقای الگوهای رفتاری، عملکردی و مهارتی. اخلاق برتر در سطح محله حداکثر تلاش خود را اعمال نمایم.
- ۳- خود را به اصول مسوولیت پذیری، شفافیت، گزارش دهی، پاسخگویی، مشارکت فعال، رعایت حقوق دیگران و حفظ منافع عمومی و زیستی آحاد مردم پایبند نمایم.
- ۴- عضویت در این کانون را کاملا اختیاری و خدایپسندانه تلقی کرده و متعهد می‌گردم به دور از انتظارات شخصی، صرفا جهت حفظ منافع عمومی و زیستی آحاد مردم محله فعالیت نمایم.
- ۵- در صورتی که به هر دلیلی توانایی اجرای رسالت‌ها و تکالیف تعیین شده در کانون را در خود ندیدم، با نهایت تکریم و با هماهنگی سایر اعضای کانون از عضویت خود انصراف داده و تکلیف را به عهده دیگر اعضای کانون مذکور واگذار نمایم.
- ۶- با حفظ صداقت و همدلی و روحیه همکاری از موجودیت و پایداری کانون سلامت و توسعه انسانی حراست نمایم.
- ۷- به صورت فعال و آگاهانه وضعیت فرهنگی و اجتماعی محله خود را رصد نموده و با ارایه پیشنهادات و انتقادات منطقی همواره جهت ارتقای سطح سلامت محله خود تلاش نمایم.
- ۸- از هر اقدامی که به صمیمیت و اعتماد متقابل اعضای کانون اجتماعی فرهنگی سلامت خدشه وارد نماید خودداری نمایم.
- ۹- پوشش و شئون رفتار مناسبات با شرع، عرف و فرهنگ جامعه را رعایت نمایم.
- ۱۰- با آگاهی کامل از ابعاد اجتماعی تشکل‌های اجتماع محور و فعالیت گروهی و با احترام به نظرات و عقاید دیگر اعضا و به دور از هرگونه نگاه سیاسی به مسایل، سعه صدر، آرامش و خوش رویی را در برخورد با اعضای کانون و ساکنان محله در پیش گیرم.

نام نام خانوادگی: امضا تاریخ

فرم اعلام آمادگی جهت عضویت داوطلبانه در کانون اجتماعی فرهنگی سلامت

اینجانب متقاضی عضویت در کانون اجتماعی فرهنگی سلامت می باشم.

محدوده جغرافیایی فعالیت:

منطقه تحت پوشش دانشگاه: شهرستان: شهر / روستا مرکز خدمات جامع سلامت: پایگاه / خانه بهداشت:

آیا داوطلب سلامت محله / داوطلب متخصص می باشد - بلی - خیر

مشخصات فردی متقاضی:

کدملی: جنسیت: وضعیت تاهل: تاریخ تولد: میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:
شغل: تلفن همراه: تلفن ثابت: آدرس ایمیل:

اطلاعات تخصصی:

ابتلا به بیماری: - دیابت - فشارخون - قلبی عروقی - چاقی - آسم و آلرژی معلولیت (نوع معلولیت ذکر شود)
استفاده از داروهای خاص دارد (نوع دارو ذکر شود) مبتلا به بیماری های دیگر می باشد (ذکر شود)

زمینه های مورد علاقه جهت همکاری با کانون اجتماعی فرهنگی سلامت:

- ورزش و تفریحات سالم - آموزش و مهارت آموزی

- فناوری اطلاعات و فضای مجازی - فرهنگی و هنری

- مشاوره و روان شناسی - تغذیه سالم - سایر با ذکر عنوان:

این فرم توسط داوطلب عضویت افتخاری در کانون بصورت کاملا داوطلبانه و آگاهانه تکمیل گردیده است و در محل کانون اجتماعی فرهنگی سلامت بایگانی می گردد.

نام خانوادگی دبیر کانون: امضا: تاریخ تکمیل فرم:

استانداردهای گروه های مردمی

فهرست استانداردهای گروه های مردمی به شرح زیر است:

1. افرادی که به عنوان سرگروه در گروه های مردمی خدمت می کنند برای سازمان دهی و هدایت

موثر، باید دارای مهارت ها و ویژگی های زیر باشند:

این مهارت ها و ویژگی ها شامل:

- داشتن روحیه همکاری
- به حداکثر رساندن منافع مثبت عملکرد گروه های مردمی
- هدایت گروه با حداقل نظارت دبیر کانون
- دارای شخصیت جذاب، همدل و خوشامدگو
- شرکت در دوره های آموزشی پیش بینی شده
- توانایی در زمینه برقراری ارتباط موثر با اعضای گروه و هدایت فرایند کارگروهی
- تعهد به رسالت گروه های مردمی و تمایل به ایجاد تغییر در زندگی کسانی که عضو گروه هستند
- ایجاد انگیزه در اعضای گروه

۲. گروه های مردمی می بایست منشور اخلاقی زیر را رعایت کنند:

- ✓ رازداری
- ✓ رعایت اصول اخلاقی
- ✓ برگزاری جلسات در مکان مناسب
- ✓ عدم ارایه مشاوره پزشکی
- ✓ عدم به اشتراک گذاشتن اقلام دارویی و پزشکی

○ رازداری

سرگروه و اعضای گروه های مردمی راز دار باشند.

- اطلاعات شخصی بیان شده در جلسه گروه های مردمی نباید در خارج از جلسه مطرح شوند. در صورتی که سرگروه تشخیص دهد عضوی از اعضا دارای مشکلی است که در معرض خطر آسیب جدی می باشد، باید موضوع را به تسهیل گر (مراقب سلامت/ بهورز) گروه اطلاع دهد.
- انتشار اطلاعات و عملکرد گروه (عکس ها یا فیلم های جلسات) باید با اجازه کتبی از اعضا باشد.

○ رعایت اصول اخلاقی

سرگروه و اعضای گروه های مردمی اصول اخلاقی را رعایت کنند.

در صورتی که یکی از اعضا گروه متعهد به انجام عملی به نفع گروه های مردمی می شود که با منافع شخصی او در تضاد باشد و یا با منافع سازمانی که در آن سازمان منافع یا وابستگی مالی دارد در تضاد باشد، آن عضو باید چنین مواردی را با اطلاعات مربوطه به محض آگاه شدن از آن اعلام کند، باید خودش را از هرگونه مذاکرات مربوط حذف کنند و باید از شرکت در تصمیم گیری در ارتباط با این موضوع خودداری کنند. سرگروه / اعضای گروه موظفند به نظرات یکدیگر احترام بگذارند. از بکار بردن کلمات اهانت آمیز به قومیت ها و مذاهب مختلف بپرهیزند. از هر گونه شایعه سازی خودداری نمایند.

○ برگزاری جلسات در مکان مناسب

گروه های مردمی جلسات را در مکان های مناسب برگزار کنند.

جلسات باید در مکان هماهنگ شده با دبیر کانون برگزار شود تا همه اعضا به آن دسترسی آسان داشته باشند. به طور کلی، به دلیل نگرانی های مربوط به مسئولیت و دسترسی، به هیچ عنوان جلسات گروه نباید در مکان های شخصی برگزار شوند.

○ عدم ارایه مشاوره پزشکی

سرگروه / اعضای گروه های مردمی نباید مشاوره پزشکی ارایه دهند.

سرگروه / اعضای گروه در انجام وظیفه شان نباید مشاوره پزشکی ارائه دهند حتی اگر آنها متخصصان مراقبت های بهداشتی باشند. سرگروه و اعضا ممکن است اطلاعاتی در مورد تجارب شخصی، درمان و غیره به اشتراک گذارند، اما از تفسیرهای شخصی و مشاوره دادن خودداری می کنند.

به منظور مطمئن شدن از اینکه مشاوره توسط اعضای گروه داده نشده است، سرگروه رهنمودهای گروه را در تمام جلسات به اشتراک می گذارند، بر مباحث نظارت دارند و گروه را رهبری می کنند.

○ عدم به اشتراک گذاشتن اقلام دارویی و پزشکی

رهبر / اعضای گروه های مردمی نباید فعالیتی در خصوص توصیه و به اشتراک گذاری یا مبادله هیچ نوع دارویی داشته باشند.

رهبر / اعضای گروه نمی توانند دارو یا مکملی را به اعضای گروه توصیه، میان آنها مبادله و یا به اشتراک گذارند. بنابراین، رهبران گروه نباید اجازه دهند هیچ نوع دارو و مکملی در طول جلسات گروه به اعضا توصیه و یا بین آنها توزیع شود.

۳. گروه های مردمی باید داوطلبانه و رایگان باشند:

اگر یک گروه های مردمی از اعضا برای تأمین هزینه های جزئی درخواست کمک کند، این کمک ها نباید اجباری باشد.

۴. گروه های مردمی باید از مشارکت افرادی که رفتارشان مخل روند گروه است جلوگیری

کنند:

رهبر گروه های مردمی حق دارد از ورود هرکسی که مصرانه رفتارهایی را به نمایش می گذارد که مخل جلسات گروه است، اعضای دیگر را مورد آزار و اذیت قرار می دهند و یا از راه های دیگر موجب به خطر افتادن اعضای گروه و یا روند جلسه می شوند، جلوگیری کند. عضو مخل گروه می تواند در گروه های مردمی بسیار مخرب باشد، باعث صدمه زدن به افراد و کل گروه باشد و رهبر گروه با مشارکت دبیر کانون ممکن است تصمیم بگیرند که فرد مخل را از گروه حذف کند.

۵. گروه های مردمی حق انتخاب موضوعات بحث برای جلسات گروه را دارند:

در گروه های مردمی شرکت کنندگان جلسات باید موضوعات بحث را به خوبی انتخاب کنند.

دستور جلسات ملاقات گروه های مردمی نباید با رسالت، یا اصول اخلاقی در تضاد باشد.

در صورتی که دستور جلسات یک گروه های مردمی خاصی به طور منظم و مداوم نشان دهنده خارج شدن فعالیت گروه از رسالت و مأموریت آن است، مراقب سلامت/ بهورز با تأمین نظر گروه آموزش و ارتقای سلامت شهرستان، این فرصت را دارد گروه را منحل کند.

۶. ارتباط مؤسسات و سازمان های دیگر با گروه های مردمی صرفاً از طریق دبیر کانون

مدیریت شود:

دبیر کانون مسوولیت دارد در صورت نیاز به نمایندگان مؤسسات و سازمان ها توضیح دهد که به طور مستقیم با گروه های مردمی تماس نگیرند. روابط با گروه های مردمی از طریق دبیر کانون اداره می شود.

دستورالعمل اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه در محله ارتقا دهنده سلامت

گام های اجرایی نیازسنجی سلامت جامعه

نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت در سطح محله در کانون فرهنگی اجتماعی محله انجام می گیرد و پایگاه سلامت در اجرای آن نظارت و مشارکت می کنند.

تعیین نیازها:

در این مرحله، تعیین نیازها توسط شورای ارتقای سلامت محله و در سه لیست جداگانه تا حداکثر ۱۰ عنوان، بشرح زیر انجام می شود:

۱- تیم سلامت:

تیم سلامت با استفاده از پرس خوراند بازدیدهای انجام شده از سطح شهرستان و آمار و شاخص ها، مبادرت به تعیین نیازهای سلامت پایگاه سلامت/ خانه بهداشت می کند. (طبق فرم شماره ۲)

۲- تیم مسوولین و معتمدین:

مسوولین و معتمدین محلی در جلسه ای با حضور مراقب سلامت، لیست نیازهای سلامت مد نظر خود را تنظیم می کنند. لازم به ذکر است که باید مراقب سلامت به آنها متذکر شود که این نیازها باید بر اساس فراوانی مراجعات مردم به آنها در خصوص مشکلات سلامتی، تعیین گردیده و فراوانی آنها را برای حداقل یک سال گذشته، با خود همراه داشته باشند. (طبق فرم شماره ۴ب)

۳- تیم سرخوشه ها:

برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها، ابتدا مسوولین شورا باید لیست اسامی یک حجم نمونه تصادفی از جمعیت تحت پوشش را با محدوده زیر تعیین کنند:

- جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۱۰۰ نفر در پایگاه سلامت
- بین ۲۰۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۱۵۰ نفر در پایگاه سلامت
- بالای ۴۰۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۲۰۰ نفر در پایگاه سلامت
- جمعیت زیر ۱۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۴۰ تا ۵۰ نفر در خانه بهداشت
- جمعیت بالای ۱۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۵۰ تا ۷۰ نفر در خانه بهداشت

روش نمونه گیری به ترتیب اولویت، از طریق کد ملی فرم سرشماری، کدپستی، بصورت خوشه ای یا پرونده خانوار با در نظر گرفتن حجم نمونه مساوی در هر دو جنس و به تفکیک ۴ گروه های سنی، زیر ۱۸ سال، ۱۹ تا ۴۰ سال، ۴۱ تا ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال انجام گیرد.

سپس داوطلبان سلامت با مراجعه به این افراد نیازهای سلامتی آنها را لیست می کنند (طبق فرم شماره ۴ الف) و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آنها تنظیم می کنند. پرسشنامه برای استخراج اولویت های سلامت دارای ۲ نوع سوال است، قسمت اول پرسشنامه در مورد نیاز و مشکلات سلامت قسمت دوم پرسشنامه، سوالاتی در مورد نیازهای SDH (تعیین کننده های اجتماعی سلامت) است.

هماهنگی ثبت نیازها:

در این مرحله لیست نیاز گروه های مردمی توسط تیم سلامت بررسی شده و با حضور تمامی اعضا، موارد مطرح شده با توافق طرفین و استفاده از فهرست استاندارد شده نیازها (پیوست شماره ۳) اصلاح شده و یا موضوعات غیرمرتبط با سلامت حذف می گردد.

اولویت بندی

اولویت بندی اولیه:

- **تیم سلامت:** بر اساس فرم شماره ۳، تیم سلامت اولویت بندی خود را مجزا انجام می دهد.
- **مسوولین و معتمدین محلی:** بر اساس فراوانی مشکلات سلامتی مردم که به اطلاع معتمدین و مسوولین محلی رسانده اند و نظر مسوولین و معتمدین محلی، با حضور و راهنمایی مراقب سلامت به عنوان تسهیل گر، اولویت بندی انجام می شود. (طبق فرم شماره ۴ب)
- **سرخوشه ها:** این نیازها با نظارت مراقب سلامت، بر اساس فراوانی آنها اولویت بندی شده و در خصوص موارد با فراوانی مشابه، اولویت بندی انجام می شود. (طبق فرم ۴ج)

اولویت بندی نهایی:

برای تهیه فهرست نهایی نیازهای شورای ارتقای سلامت و اولویت بندی آن، با حضور تمامی اعضای تیم نیازسنجی سلامت، ابتدا سه لیست نیاز های اولویت بندی شده را کنار هم قرار داده می شود. سپس با توجه به لیستی که بیشترین تعداد اولویت ها را دارد، عدد آخرین اولویت این لیست، بعلاوه یک، بعنوان عدد ثابت در این اولویت بندی تعیین می شود. مثلا اگر لیست تیم سلامت ۵ اولویت، تیم مسوولین محلی ۷ اولویت و تیم مردمی یا سرخوشه ها ۱۰ اولویت داشته باشد، بیشترین عدد مربوط به لیست آخر است و عدد ثابت (۱۱) خواهد بود.

در این مرحله لیست تمامی نیازها در سه لیست را طبق فرم شماره ۵ در یک لیست فهرست می شود. سپس شماره اولویت هر کدام از مشکلات و نیازها در لیست های مختلف، جلوی آن نوشته شده و با هم جمع می شود. در صورتی که مشکل یا نیازی در سایر لیستها نبود، به تعداد لیستی که در آن، نیاز مورد نظر وجود نداشت، عدد ثابت تعیین شده با عدد یا اعداد اولویتهای آن نیاز جمع می شود.

ارسال لیست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان

لیست اولویت بندی شده نیازهای شورای ارتقای سلامت محله به مرکز خدمات جامع سلامت و از مرکز به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. (فرم شماره ۶)

متن دعوتنامه جلسات اعضای شورای ارتقای سلامت محله

بسمه تعالی

شماره:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تاریخ:

دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان

عضو محترم شورای ارتقای سلامت محله.....

جناب آقای/ سرکار خانم.....

با سلام و احترام

نظر به عضویت شما در شورای ارتقای سلامت محله و با توجه به اینکه روند استخراج نیازهای سلامت

منطقه طبق برنامه در حال اجراست، لذا بدین وسیله از شما دعوت بعمل می آید در اولین / جلسه شورای ارتقای

سلامت محله که در تاریخ از ساعت..... لغایت در محل..... برگزار خواهد شد، شخصا شرکت

فرمائید.

با تشکر

.....

رئیس شورای ارتقای سلامت محله

فرم شماره ۲

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم تعیین نیازهای سلامت در تیم سلامت

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام پایگاه سلامت/خانه بهداشت تاریخ جلسه:

اولویت	فهرست نیازهای سلامت منطقه	منابع اخذ (استخراج) نیاز	
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			
۱۳			
۱۴			
۱۵			
۱۶			
۱۷			
۱۸			
۱۹			
۲۰			
اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء

دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست نیازهای سلامت در تیم سلامت

- ✓ این فرم قبل از تشکیل جلسه شورای ارتقای سلامت محله در کلیه واحد های سطوح محیطی (پایگاه سلامت و خانه های بهداشت) جهت استخراج مشکلات سلامت توسط هر یک از اعضای تیم تکمیل گردیده و سپس در جلسه تیم سلامت جمع بندی و اولویت بندی می گردد .
- ✓ در جدول نام واحد بهداشتی (پایگاه سلامت / خانه بهداشت) که تیم سلامت در آن تشکیل شده ثبت می گردد.
- ✓ در قسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه از جمله روز / ماه / سال ثبت خواهد شد.
- ✓ درستون فهرست نیازهای سلامت : مشکل / مشکلات سلامت به ترتیب اولویت (با استفاده از فرم شماره ۳) و بر اساس آمار و شاخصها توسط اعضای تیم سلامت مطرح می شود، نوشته خواهد شد .
- ✓ درستون منابع اخذ (استخراج) نیاز: شاخص یا شاخص ها مثلا (درصد دفع غیر بهداشتی زباله / درصد افراد دارای فشارخون بالا و.....) و در صورت نبود شاخص نظر کارشناسی / مشاهده / پسخوراند و ... ثبت خواهد شد .
- ✓ درستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و درستون امضا توسط اعضای شرکت کننده امضا خواهد شد .

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم اولویت بندی مشکلات سلامت تیم سلامت

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت..... نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه

رتبه مشکل	تعیین میزان اولویت مشکل						شاخص فعلی مشکل (برنامه)	فهرست مشکلات سلامت	ردیف
	نوع نمرات	اثربخشی	امکان	فوریت	شدت	شیوع و			
		مداخله	مداخله	مداخله	مشکل	فراوانی			
	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵			



دستورالعمل تکمیل فرم اولویت بندی مشکلات سلامت تیم سلامت

۱. این فرم توسط اعضای تیم سلامت تکمیل خواهد شد .
 ۲. در ستون ردیف: از شماره یک تا بیست، بسته به تعداد مشکلات سلامت که به تصویب تیم سلامت واحد مربوطه رسیده ثبت می گردد.
 ۳. در ستون لیست مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش : اعضای تیم سلامت، فهرست مشکلات سلامت تعیین شده را لیست می کنند.
 ۴. در ستون شاخص فعلی مشکل: باتوجه به مشکل سلامت لیست شده، در صورت داشتن شاخص، آخرین شاخص آن را ثبت می کنند.
 ۵. در ستون تعیین میزان اولویت مشکل : مشکلات سلامت براساس معیارهای تعیین شده توسط تیم سلامت اولویت بندی می شوند . اعضای تیم سلامت باید توجه کنند که در دادن نمره به معیار مورد نظر به ترتیب به کمترین تاثیر در بروز مشکل معیار نمره ۱ ، در صورتیکه معیار مورد نظر اهمیت کمی دارد نمره ۲ ، اهمیت معیار مورد نظر متوسط باشد نمره ۳ ، اهمیت معیار مورد نظر زیاد باشد نمره ۴ و اهمیت معیار مورد بررسی، خیلی زیاد باشد نمره ۵ را به آن اختصاص می دهند همچنین اعضای تیم می توانند علاوه بر معیار های مندرج در این ستون ها از معیار های دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت بندی نوشته و براساس ستون های قبلی امتیاز دهد.
 ۶. در ستون جمع نمرات : مجموع نمرات اعضا را در هر ردیف جمع بندی و جمع آن را در ستون مربوطه درج می کنند .
 ۷. در ستون رتبه مشکل: با توجه به جمع نمرات هریک از مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش، مشکل سلامتی که بیشترین نمره را آورده رتبه اول و بقیه براساس آن با توجه به تعداد مشکلات سلامت لیست شده رتبه بندی و رتبه مربوطه هر مشکل در ردیف مربوطه ثبت خواهد شد .
- ❖ در بالای فرم شماره صفحه گذاشته شود زیرا ممکن است برای تکمیل به دو صفحه از فرم مربوطه مورد نیاز باشد. (حداکثر ۲۰ مشکل)



فرم شماره ۴ الف

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم پرسشگری از مشکلات سلامت مردم

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ:

• شما خودتان چه مشکلات سلامتی دارید؟

• در محل سکونت و زندگی (روستا / محله / شهر) شما چه مشکلات سلامتی وجود دارد؟

• به نظر شما چه شرایطی از نظر اجتماعی، سلامت شما را تهدید می کند؟ (لطفا در حیطه های زیر اگر مشکلی هست بفرمایید):

○ اشتغال

○ سواد و فرهنگ (سطح سواد، زبان و لهجه رایج، اقلیت مذهبی و قومی، دسترسی به منابع معتبر سلامت، دسترسی به اینترنت)

○ بیمه درمانی و دسترسی به خدمات مورد نیاز سلامتی

○ مسکن و ملزومات زندگی (آب و برق و ...)

○ محیط زیست (آلودگی هوا، نخاله های ساختمانی، مواد شیمیایی و صنعتی و ...)

○ از نظر حمل و نقل

○ تهیه غذا (دسترسی به مواد غذایی، هزینه تامین غذای سالم و...)



○ آسیب های اجتماعی (اعتیاد، مصرف مشروبات الکلی، دزدی، ناامنی، مزاحمت و ...)

○ مراقبت و تربیت کودکان

○ امکانات رفاهی محله (کتابخانه، پارک، سالن ورزشی و ...)

مشخصات دموگرافیک:

سفیر سلامت هستید: بله خیر رابط سلامت هستید؟ بله خیر

جنس: زن مرد

سن:

میزان تحصیلات:

بی سواد خواندن و نوشتن ابتدائی متوسطه دیپلم حوزوی

کاردان لیسانس فوق لیسانس دکترا

شغل: خانه دار دانش آموز/دانشجو بازنشسته کشاورز/دامدار بیکار سرباز آزاد سایر

.....

زبان:

قومیت:

نوع بیمه:

نحوه دسترسی به اطلاعات پزشکی مورد نیاز:

پایگاه سلامت/ خانه بهداشت اینترنت تلویزیون سایر.....



فرم شماره ۴ ب

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم تعیین نیازهای سلامت و اولویت بندی آنها در تیم مسوولین و معتمدین

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه:

اولویت	فهرست نیازهای سلامت منطقه	فراوانی
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۳		
۱۴		
۱۵		
۱۶		
۱۷		
۱۸		
۱۹		
۲۰		

اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء



فرم شماره ۴ ج

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم تعیین نیازهای سلامت و اولویت بندی آنها در تیم سرخوشه ها

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه:

اولویت	فهرست نیازهای سلامت منطقه	فراوانی
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۳		
۱۴		
۱۵		
۱۶		
۱۷		
۱۸		
۱۹		
۲۰		

اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء



دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست و اولویت بندی نیازهای سلامت

در تیم مسوولین و معتمدین و تیم سرخوشه ها (فرم ۴ ب و ج)

- ✓ این فرم در زمان برگزاری جلسات آموزشی - توجیهی در اختیار اعضای تیم مسوولین و معتمدین و سرخوشه ها قرار داده می شود. آنها بر اساس مشکلات سلامتی که به آنها مراجعه شده و یا از مردم پرسشگری می کنند، فرم را تکمیل کرده و برای ارائه در جلسه شورای ارتقا سلامت محله، همراه خود می آورند تا پس از یکسان سازی و هماهنگی آنها، توسط اعضای هر تیم جمع بندی و اولویت بندی شود.
- ✓ در قسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه از جمله روز/ ماه/ سال ثبت خواهد شد.
- ✓ درستون فهرست نیازهای سلامت : مشکل / مشکلات سلامتی که اهالی منطقه به آنها مراجعه داشته و یا ذکر کرده اند را به ترتیب اولویت ثبت می کنند.
- ✓ درستون فراوانی: در این ستون فراوانی مراجعات و یا تعداد اهالی منطقه که آن مشکل را مطرح کرده اند را می نویسند.
- ✓ درستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و در ستون امضا توسط اعضای شرکت کننده امضا خواهد شد .



فرم شماره ۵

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فهرست و اولویت بندی مشکلات سلامت شورای ارتقای سلامت محله

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام پایگاه سلامت / خانه بهداشت تاریخ جلسه:

اولویت نهایی	جمع رتبه اولویت	رتبه اولویت در فهرست تیم			فهرست نیازهای سلامت	ردیف
		سرخوشه ها	مسوولین و معتمدین	سلامت		
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰
						۱۱
						۱۲
						۱۳
						۱۴
						۱۵
						۱۶
						۱۷
						۱۸
						۱۹
						۲۰
نام و نام خانوادگی و امضای نماینده سرخوشه ها		نام و نام خانوادگی و امضای نماینده تیم مسوولین و معتمدین			نام و نام خانوادگی و امضای نماینده تیم سلامت	



فرم شماره ۶

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم گزارش لیست مشکلات سلامت در سطوح محیطی

نام شهرستان نام مرکز خدمات جامع سلامت..... تاریخ تنظیم

مشکلات سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت	مشکلات سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت	مشکلات سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت	مشکلات سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت	مشکلات سلامت پایگاه سلامت / خانه بهداشت	رتبه اولویت
					۱
					۲
					۳
					۴
					۵
					۶
					۷
					۸
					۹
					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴
					۱۵
					۱۶
					۱۷
					۱۸
					۱۹
					۲۰



دستورالعمل اجرایی برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت

برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت چیست؟

هدف کلی برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت، افزایش توانایی محله برای همکاری با یکدیگر برای تأثیرگذاری بر شرایط و نتایجی است که برای ساکنان آن مهم است.

از آنجایی که محله به سمت چشم انداز وسیع سلامت برای همه کار می کند، ایجاد شرایط حمایتی برای تغییر، نیازمند تلاش های همه جانبه در میان بخش های مختلف محله است. اینها شامل سازمان ها و نهاد های فعال در محله، نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی بهداشتی، جوامع مذهبی، مدارس و مشاغل، نخبگان، داوطلبان سلامت و ... می شود. نمایندگان هر بخش گرد هم می آیند تا یک ائتلاف اجتماعی (که ما در این دستورالعمل آن را شورای ارتقای سلامت محله می نامیم) تشکیل دهند. ائتلاف محله شما می تواند تلاش کند تا بر سطح سلامت مردم محله تأثیر بگذارد و برنامه ها، سیاست ها و شیوه هایی که می توانند ظرفیت محله را برای داشتن یک محیط سالم افزایش دهند را به کار گیرد.

یک ائتلاف اجتماعی کار خود را با ایجاد یک برنامه عملیاتی آغاز می کند. یک برنامه عملیاتی آنچه را که باید برای دستیابی به چشم انداز یک محله سالم اتفاق بیفتد، مشخص می کند. تغییرات مطلوب و فعالیت های پیشنهادی (مراحل اجرایی مداخلات ارتقای سلامت)، جدول های زمانی و تعیین مسئولیت، نقشه راه دقیقی را برای همکاران ارائه می دهد تا دنبال کنند.

برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت چگونه به یک محله کمک می کند؟

صرف نظر از پیچیدگی مشکل موجود در محله شما، برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت به شما کمک می کند تا:

- تحلیل وضعیت موجود محله از موضوع اولویت دار محله و راه حل های بالقوه آن را مشخص کنید
- از مشارکت فراگیر و یکپارچه در سراسر بخش های اجتماعی محله در فرآیند برنامه ریزی با توجه به ساختار دستورالعمل اطمینان حاصل کنید.
- بر اساس منابع و نیازهای منحصربه فرد محله در مورد آنچه که می توان و باید انجام داد، اجماع ایجاد گردد.
- راه های مشخصی را در نظر بگیرید که اعضای کارگروه سلامت محله بتوانند از طریق آن اقدام کنند.

فهرست بالا توضیح می دهد که چگونه یک برنامه مداخلات ارتقای سلامت به بخش های محله و ساکنان آن کمک می کند تا برای دستیابی به یک چشم انداز مشترک با یکدیگر همکاری کنند. این دستورالعمل به هر مورد می پردازد و راهنمایی هایی را برای برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت شما در پیش رو ارائه می دهد.



چرا برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت مهم است؟

برنامه ریزی مناسب، ابتکاری است برای به دست آوردن بهترین نتایج یا نتایج ممکن حیاتی. برای اجرای یک برنامه مداخلات ارتقای سلامت، با اینکه زمان و انرژی قابل توجهی صرف می شود، ولی می تواند ابزار موثری باشد که همه افراد در محله را به یک هدف مشترک متمایل کند. توسعه یک برنامه مداخلات ارتقای سلامت اولین گام حیاتی برای اطمینان از موفقیت پروژه است.

یک برنامه مداخلات ارتقای سلامت تضمین می کند که:

- هیچ جزئیاتی نادیده گرفته نمی شود
- مراحل اجرایی مداخلات ارتقای سلامت پیشنهادی امکان پذیر و/یا واقع بینانه هستند
- همکاران به تعهدات خود عمل می کنند
- فعالیت های قابل اندازه گیری مستند و ارزشیابی می شوند

به طور کلی، برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت مهم است زیرا یک نقطه مرجع با یک خط زمانی دقیق و تعیین مسئولیت برای انجام وظایف در طول مسیر برنامه فراهم می کند.

یافته های تحقیقات در زمینه ارتقای سلامت محله نشان می دهد که تعدادی از عوامل وجود دارد که به نظر می رسد تأثیر مثبتی بر میزان سطح سلامت محله دارند - و یکی از آنها شامل برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت است:

- تجزیه و تحلیل اطلاعات در مورد مشکل، اهداف و عوامل مؤثر بر آنها
- تعریف ساختار محله و مکانیزم های عملیاتی
- توسعه یک چارچوب یا مدل به منظور ارتقای سلامت محله
- توسعه و استفاده از برنامه مداخلات ارتقای سلامت
- هماهنگی برای بسیج محله
- اجرای مداخلات موثر
- اطمینان از کمک فنی تیم سلامت
- مستندسازی پیشرفت و استفاده از بازخورد
- اهمیت دادن به نتایج
- تداوم کار



چه زمانی باید برای برنامه ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت در نظر گرفت؟

در حالت ایده آل، بعد از مشخص شدن مشکل اولویت دار محله، ۳ ماه برای برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت و ۱۸ ماه برای اجرای مداخلات ارتقای سلامت در نظر گرفت. هنگامی که یک برنامه برنامه ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت تولید می شود، باید به طور مکرر مورد بازبینی قرار گیرد (به عنوان مثال، هر سه ماه یک بار) تا بتوان آن را برای رفع نیازهای در حال تغییر محله تغییر داد.

مولفه های یک چارچوب برنامه مداخلات ارتقای سلامت چیست؟

در حالی که برخی از مسائل ممکن است اولویت ملی یا بین المللی باشد (به عنوان مثال، بیماری های مزمن یا مسائل مربوط به سلامت روان)، هر محله دارایی ها و موانع متفاوتی برای بهبود شرایط برای ساکنان خود خواهد داشت. بنابراین، استراتژی مداخله هر محله برای تأثیرگذاری بر برنامه ها، سیاست ها و عملکردها منحصر به فرد خواهد بود. با این حال، مجموعه ای از مراحل - یک چارچوب - به هدایت فرآیند برنامه ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت محله و تغییر در چارچوب نیازهای منحصر به فرد محله کمک می کند.

اگر به فرآیند برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت به عنوان مجموعه ای از گام های قابل مدیریت نگاه کنید، می توانید مسئولیت را بر عهده بگیرید و به ائتلاف محله خود کمک کنید تا با اطمینان از هر یک از آنها عبور کند.



دستورالعمل اجرای برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت در سطح محله

شرح وظایف شورای ارتقای سلامت محله

۱. برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت در شورای ارتقای سلامت محله

شرح وظایف شورای ارتقای سلامت محله به منظور برنامه ریزی مداخلات ارتقای سلامت:

- برگزاری جلسات شورای ارتقای سلامت محله
- تدوین برنامه ارتقا سلامت شامل بخش های زیر:
 ۱. تحلیل مشکل (شناسایی علل رفتاری و غیر رفتاری) برای اولویت شماره ۱
 ۲. اولویت بندی علل رفتاری و انتخاب ۳ علت رفتاری اولویت دار
 ۳. اولویت بندی علل غیر رفتاری و انتخاب دو علت غیر رفتاری اولویت دار
 ۴. تدوین اهداف کلی و اختصاصی
 ۵. تدوین فعالیت های مرتبط با اهداف اختصاصی
 ۶. ارسال برنامه تدوین شده به مرکز بهداشت شهرستان
- دریافت تاییدیه برنامه از مرکز بهداشت شهرستان (طی بازه زمانی ۳ ماهه برای انجام نیازسنجی)
- تشکیل جلسات شورای ارتقای سلامت محله جهت بررسی پیشرفت فعالیت ها با فاصله حداکثر ۳ ماه
- پیگیری اجرای فعالیت های برنامه طبق زمان بندی برنامه (دبیر شورا)
- تهیه و ارسال گزارش فصلی مداخلات ارتقای سلامت به هیئت امنای محله و مرکز خدمات جامع سلامت محله
- تهیه و ارسال گزارش پایانی مداخلات ارتقای سلامت به هیئت امنای محله و مرکز بهداشت شهرستان
- ارسال فعالیت هایی که قابلیت اجرا در سطح محله ندارند (از نظر اعتبارات مالی، از نظر حیطه اختیارات اجرا، نیاز به تفاهم نامه در سطح بالاتر) به مرکز بهداشت شهرستان



تدوین، بررسی، اصلاح و تایید برنامه عملیاتی:

در این مرحله لازم است اقدامات زیر انجام گردد:

- ۱- شورای ارتقای سلامت محله، اقدام به تدوین برنامه عملیاتی مداخلات طبق فرم شماره ۳ و ۴ (شامل هدف کلی، اهداف اختصاصی، استراتژی و فعالیتها) نمایند.
- ۲- پس از تدوین برنامه عملیاتی، نسبت به ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان (واحد آموزش و ارتقای سلامت) جهت بررسی و اصلاح (توسط اعضاء زیر گروه فنی) اقدام گردد.
- ۳- پس از بررسی و اصلاح برنامه عملیاتی و ابلاغ آن از طرف مرکز بهداشت شهرستان به مراکز خدمات جامع سلامت و سپس شورای ارتقای سلامت محله برنامه مداخلات قابل اجرا است.

گزارش برنامه:

در این مرحله طبق فعالیت‌های تعیین شده در برنامه اعضای شورا و مسئولین انجام هر فعالیت ملزم به اجرای برنامه می باشد و دبیر شورا ملزم به پی گیری می باشند. در مدت زمان اجرای برنامه هر ۲ ماه و حسب نیاز تعداد بیشتر، جلساتی با حضور اعضای شورا در خصوص بررسی روند پیشرفت برنامه، میزان دسترسی به اهداف و برطرف نمودن موانع احتمالی برگزار گردد و مستندات آن موجود باشد. همچنین گزارشی از پیشرفت برنامه مداخلات ارتقاء سلامت در جلسات شورا ارائه و در صورت جلسات ثبت گردد.

گزارش ارسالی به هیئت امنای محله و مرکز بهداشت شهرستان بایستی شامل این موارد باشد:

۱- فرم گزارش دهی مداخلات ارتقای سلامت طبق زمان بندی به هیئت امنای محله و مرکز بهداشت استان

ارسال گردد.

- ۲- تعداد جلسات برگزار شده توسط شورا و درصد پیشرفت برنامه که مساوی است با تعداد فعالیت‌های اجرا شده نسبت به کل فعالیت های پیش بینی شده (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری) نیز مشخص گردد.

تعداد فعالیت‌های اجرا شده

$$= \frac{\text{درصد پیشرفت برنامه (به تفکیک علل رفتاری و غیر رفتاری)}}{100} \times 100$$

کل فعالیت‌های پیش بینی شده



نکات تکمیلی برنامه نیازسنجی و مداخلات ارتقای سلامت

۱. آغاز فرایند برنامه ریزی و اجرای مداخلات ارتقای سلامت با ارسال آخرین نسخه شیوه نامه محله ارتقا دهنده سلامت و مجموعه پیوست آن به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.
۲. برنامه محله ارتقا دهنده سلامت در سطح کشوری هر ۲ سال یک بار در ۳ مرحله انجام می شود. ۳ ماه اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه، ۳ ماه برنامه ریزی برای مداخلات و یک سال و نیم اجرای مداخلات ارتقای سلامت.
۳. جلسات شورای ارتقای سلامت محله هر یک از سطوح با حضور حداقل دو سوم اعضاء رسمیت می یابد.
۴. حضور رئیس و دبیر شورای ارتقای سلامت محله در کلیه جلسات الزامی است.
۵. جلسات شورای ارتقای سلامت محله باید به گونه ای تشکیل شود که در پایان مهلت تعیین شده، مداخلات ارتقای سلامت انجام شود.
۶. کلیه جلسات می بایست در قالب فرم های پیشنهادی صورت جلسه شده و توسط هر یک از اعضاء حاضر در جلسه امضاء و در محل کار دبیر شورا نگهداری گردد.
۷. تمام فرم ها و مستندات مورد استفاده در برنامه محله ارتقا دهنده سلامت می بایست در محل کار دبیر بایگانی گردد.
۸. یک نسخه از برنامه تدوین شده در سطح شورا به هیئت امنای محله و مرکز بهداشت شهرستان ارسال و یک نسخه در محل کار دبیر شورا بایگانی گردد. برنامه ارسال شده در سطح شهرستان بررسی و در صورت تایید سطح شهرستان به شورای ارتقا سلامت محله برای اجرای برنامه ارسال می گردد.
۹. هر یک از گروه های فنی در سطح شهرستان ضمن بررسی برنامه تدوین شده مواردی را که نیاز به اصلاح داشته یا میتوان به برنامه برای اجرا اضافه نمود در برنامه وارد می نمایند.
۱۰. واحدهای ستادی در مرکز بهداشت شهرستان می بایست نسبت به تدوین برنامه مداخلاتی برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند و جهت دریافت تاییدیه برنامه مذکور را به ستاد معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده ارسال کنند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیتهای به جز فعالیتهای پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی باشد که در سطح شهرستان قابل پیگیری هستند.
۱۱. واحدهای ستادی در معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده می بایست نسبت به تدوین برنامه مداخلاتی برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیتهای به جز فعالیتهای پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی باشد که در سطح دانشگاه/ دانشکده قابل پیگیری هستند.
۱۲. دفاتر و مراکز وزارت بهداشت می بایست نسبت به تدوین برنامه مداخلاتی برای اولویت مربوط به خود اقدام نمایند. بدیهی است این برنامه باید شامل فعالیتهای به جز فعالیتهای پیش بینی شده در سطوح محیطی بوده و شامل مواردی باشد که در سطح وزارت قابل پیگیری هستند.



فرم های برنامه مداخلات ارتقای سلامت



فرم شماره ۱

تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویت دار

استان:

شهر:

محله:

مشکل اولویت دار بر اساس نتایج نیازسنجی سلامت:



فهرست کلیه علل و عوامل که بر ایجاد مشکل نقش دارند: (بر اساس منابع علمی معتبر، نظر صاحب نظران و ...)

ردیف	علل کلی	عوامل ایجادکننده	رفتاری	غیر رفتاری / SDH
۱				
۲				
۳				

*در صورت نیاز می توانید ردیف های فرم فوق را افزایش دهید



دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۱ (تعیین علل موثر بر ایجاد مشکل سلامت اولویت‌دار)

۱. فرم شماره ۱ جهت تعیین عوامل ایجاد کننده برای هر اولویت بهداشت و نیز تعیین علل رفتاری و غیر رفتاری به وجود آورنده مشکل است.
۲. این فرم توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله تکمیل خواهد شد.
۳. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
۴. با توجه به اینکه این مرحله نیاز به اعضای با تجربه و آموزش دیده و داشتن اطلاعات علمی است لذا در این مرحله کلیه علل و عوامل که بر ایجاد مشکل نقش دارند می‌بایست بر اساس منابع علمی معتبر، نظر صاحب‌نظران و ... قبل از جلسه گردآوری و در جلسه مطرح گردد.
۵. برای تکمیل فرم شماره ۱ ابتدا عنوان اولویت بهداشت به دست آمده از مراحل نیازسنجی را وارد فرم کرده سپس نسبت به تعیین علل کلی و عوامل ایجاد کننده آن اولویت بهداشت اقدام می‌شود.
۶. سپس تعیین می‌گردد که هر یک از عوامل ایجاد کننده، رفتاری است یا غیر رفتاری
۷. علل رفتاری به عللی گویند که با افزایش آگاهی، نگرش و در نتیجه تغییر در رفتار مردم قابل حل هستند.
۸. علل غیر رفتاری به عللی گویند که جدای از میزان آگاهی، نوع نگرش و نوع رفتار جامعه برای حل مشکل نیاز به ملزوماتی مانند تغییر قوانین و سیاست‌ها و یا فراهم نمودن وسایل، تجهیزات و تامین نیروی انسانی مورد نیاز جهت تغییر رفتار در سطح محله، منطقه و یا استان و یا کشور است.



فرم شماره ۲

فرم اولویت بندی عوامل ایجاد کننده

استان:

شهر:

محله:

اولویت بندی عوامل ایجاد کننده رفتاری								
رتبه	جمع کل	سایر*	اثر بخشی مداخله (۱-۵)	امکان مداخله (۱-۵)	فوریت مداخله (۱-۵)	شیوع و فراوانی (۱-۵)	شدت (۱-۵)	عوامل ایجاد کننده رفتاری
<p>معیار امتیازدهی: (۱: بسیار کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد)</p> <p>شدت: میزان خطری که این عامل برای سلامتی فرد ایجاد می کند. شیوع: نسبتی از جمعیت که دارای مشکل در کل جمعیت است. فوریت مداخله: داشتن وضعیت اضطراری برای حفظ سلامتی است. اثر بخشی مداخله: میزان موثر بودن مداخله در حل مشکل است. امکان مداخله: انجام مداخله با توجه به هزینه و منابع مالی، توان و ظرفیت تیم مداخله چقدر امکان پذیر است.</p> <p>عناوین عوامل ایجاد کننده رفتاری اولویت دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:</p> <p>-۱</p> <p>-۲</p> <p>-۳</p>								



اولویت بندی عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت								
رتبه	جمع کل	سایر*	اثر بخشی مداخله (۱-۵)	امکان مداخله (۱-۵)	فوریت مداخله (۱-۵)	شیوع و فراوانی (۱-۵)	شدت (۱-۵)	عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت
<p>عناوین عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت:</p> <p>۱- ۲-</p> <p>*: اگر معیار دیگری برای اولویت بندی مناسب بود در ستون سایر ثبت شود.</p>								

دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۲ (فرم اولویت بندی عوامل ایجاد کننده)

۱. فرم شماره ۲ به منظور اولویت بندی عوامل ایجاد کننده ای که از فرم شماره ۱ به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت است.
۲. این فرم توسط اعضای تیم مداخلات ارتقای سلامت جامعه در سطح پایگاه سلامت/ خانه بهداشت تکمیل خواهد شد.
۳. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می گردد، ثبت می شود.
۴. عامل ایجاد کننده رفتاری اولویت دار و ۲ عامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت باید در این فرم مشخص شود.
۵. ابتدا عوامل ایجاد کننده ای که از فرم شماره ۱ به دست آمد، به تفکیک رفتاری و غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت در فرم وارد می شود.
۶. سپس به هر یک از عوامل ایجاد کننده بر اساس معیارهای شدت، شیوع، فوریت مداخله، اثر بخشی مداخله و امکان مداخله امتیازی داده می شود. امتیازی که به هر یک از معیارها داده می شود بین ۱ الی ۵ است (۱: بسیار کم، ۲: کم، ۳: متوسط، ۴: زیاد، ۵: بسیار زیاد).



۷. منظور از معیارهای شدت، شیوع، فوریت مداخله، اثربخشی مداخله و امکان مداخله عبارت‌اند از:
- شدت: میزان خطری که این عامل برای سلامتی فرد ایجاد می‌کند
 - شیوع: نسبتی از جمعیت که دارای مشکل در کل جمعیت است
 - فوریت مداخله: داشتن وضعیت اضطراری برای حفظ سلامتی است.
 - اثربخشی مداخله: میزان موثر بودن مداخله در حل مشکل است.
 - امکان مداخله: انجام مداخله با توجه به هزینه و منابع مالی، توان و ظرفیت تیم مداخله چقدر امکان پذیر است.
۸. با نظر اکثریت اعضای کارگروه اگر معیاری پیشنهاد شد که به معیارهای مذکور اضافه گردد، می‌توان یک معیار را در قسمت سایر به فرم اضافه کرد.
۹. پس از امتیازدهی به معیارهای همه عوامل ایجاد کننده امتیازهای معیارهای هر عامل ایجاد کننده با هم جمع می‌شود و در ستون جمع کل نوشته می‌شود.
۱۰. بر اساس امتیاز نوشته شده در جمع کل رتبه عامل ایجاد کننده مشخص می‌شود. بزرگترین عدد رتبه ۱ و کوچکترین عدد رتبه آخر
۱۱. ۳ عامل ایجاد کننده رفتاری که بالاترین امتیاز را آورده‌اند و ۲ عامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت که بالاترین امتیاز را آورده‌اند مشخص و در قسمت مربوطه نوشته می‌شوند.
- عناوین عوامل ایجاد کننده رفتاری اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت
 - عناوین عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار جهت انجام مداخله ارتقاء سلامت



فرم شماره ۳

تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت

استان: شهر: محله:

عنوان مشکل اولویت دار:					
هدف کلی:					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری ۱):					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری ۲):					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل ایجاد کننده رفتاری ۳):					
استراتژی: آموزش					
فعالیت های مرتبط با آموزش					
انجام شد	زمان اجرا	مسئول پیگیری	مسئول اجرا	شماره هدف اختصاصی	رئوس فعالیت ها

نام و نام خانوادگی مسئول کارگروه سلامت محله: تاریخ تکمیل فرم: امضاء و مهر



دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۳

(تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت)

۱. فرم شماره ۳ به منظور تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.
 ۲. این فرم توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله تکمیل خواهد شد.
 ۳. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
 ۴. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.
 ۵. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:
 - موضوع به صورت یک جمله مثبت خبری؛
 - عدم استفاده از کلمات زائدی بدون نقش و باری در برنامه؛
 - آزمون پذیر مطرح شدن موضوع؛
 - محدود بودن موضوع تحقیق (ماهیتی/زمانی/مکانی/جامعه آماری)
- هدف کلی با افعالی مانند ارتقاء، افزایش، بهبود، حفظ، کاهش، پیشگیری بیان می‌شود. مثال: کاهش شیوع بیماری فشارخون در جمعیت تحت پوشش و کنترل عوامل خطر مربوطه.
۶. با توجه به اینکه سه عامل رفتاری اولویت‌دار انتخاب می‌گردد بایستی برای هر عامل رفتاری اهداف اختصاصی جداگانه تدوین گردد. در تدوین اهداف اختصاصی به ویژگی‌های اصلی شامل صریح، روشن، واضح و بدون ابهام بودن اهداف باید توجه شود و بدین منظور باید اهداف به صورت SMART تنظیم شود.
- کلمه SMART متشکل شده از پنج کلمه Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time-bound است.
- معین (Specific): بدین معنا که هدف را بشناسیم؛ یعنی یک هدف معین و مشخص داشته باشیم.
 - قابل اندازه‌گیری (Measurable): قابل اندازه‌گیری بودن هدف بدین معنا که بتوان میزان تحقق هدف و یا شکست را اندازه‌گیری کرد.
 - دست‌یافتنی (Achievable): باید به‌طور منطقی و صحیح قادر به رسیدن به آن هدف باشیم. هدف نباید غیرمنطقی و دست‌نیافتنی باشد.
 - واقع بینانه (Realistic): هدف باید دست‌یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیت‌های موجود باشد.



- محدوده زمانی (Time-bound): بهتر است یک محدوده زمانی جهت تحقق هدف تعیین کنیم زیرا در غیر این صورت ممکن است تحقق هدف زمان زیادی را بگیرد.
- مثال: درصد میانسالان تحت پوشش مرکز/ خانه بهداشت در خصوص تحرک بدنی تا پایان سال..... در کلاس های آموزشی شرکت کنند.
۷. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده رفتاری، آموزش است.
 ۸. فعالیت های آموزشی با توجه به اهداف اختصاصی تنظیم گردد و مسئول اجرا، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شود.
 ۹. برای هر هدف اختصاصی فعالیت های آموزشی مرتبط تدوین گردد، ضمن اینکه از کلیه روش های آموزش از جمله، آموزش گروهی، آموزش فردی (مشاوره)، برگزاری کمپین و رسانه های نوشتاری و غیر نوشتاری می توان در تدوین و انجام فعالیت ها استفاده نمود. مستندات آموزش های گروهی (عنوان آموزش، گروه مخاطب، تاریخ آموزش، روش آموزش، محل آموزش، رسانه کمک آموزشی، نتیجه پیش آزمون و پس آزمون) ثبت گردد.
 ۱۰. وظیفه طراحی سوالات پیش آزمون و پس آزمون بر عهده واحد فنی است.
 ۱۱. هر یک از فعالیت ها مشخص شود که برای کدام هدف اختصاصی است و شماره هدف اختصاصی در ستون مربوطه نوشته شود
 ۱۲. با توجه به شرایط، برآورد صحیح زمان لازم برای اجرای فعالیت بسیار مهم است.
 ۱۳. ستون آخر پس از انجام فعالیت پر خواهد شد و تیک تایید انجام فعالیت پس از اجرای برنامه زده خواهد شد.
 ۱۴. در آخر پس از تنظیم فرم، رییس شورا سلامت محله، تاریخ تکمیل فرم (روز/ ماه/ سال) را ثبت و فرم را امضاء و مهر می کند و سپس برای تایید و اصلاح به همراه فرم شماره ۴ به واحد آموزش و ارتقای سلامت ستاد مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.



فرم شماره ۴

تدوین مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی

استان: شهر: محله:

عنوان مشکل اولویت دار:					
هدف کلی:					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت ۱):					
اهداف اختصاصی (بر اساس عامل غیر رفتاری / تعیین کننده های اجتماعی سلامت ۲):					
استراتژی: توانمندسازی، قادرسازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه‌گری، جلب حمایت همه‌جانبه					
فعالیت‌های مرتبط با استراتژی					
رئوس فعالیت‌ها	شماره هدف اختصاصی	مسئول اجرا	مسئول پیگیری	زمان اجرا	انجام شد

نام و نام خانوادگی پزشک مسئول کارگروه سلامت محله: تاریخ تکمیل فرم: امضاء و مهر:



دستورالعمل تکمیل فرم شماره ۴

(تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت)

۱. فرم شماره ۴ به منظور تدوین برنامه مداخلات ارتقای سلامت محله مبتنی بر نتایج نیازسنجی سلامت است.
 ۲. این فرم توسط اعضای شورای ارتقای سلامت محله تکمیل خواهد شد
 ۳. ابتدا نام محله که فرم در آن تکمیل می‌گردد، ثبت می‌شود.
 ۴. عنوان مشکل اولویت‌دار نوشته می‌شود. عنوان مشکل اولویت‌دار همان مشکل اولویت‌دار استخراج شده در نیازسنجی است.
 ۵. سپس هدف کلی نوشته شود. هدف کلی شرایط زیر را داشته باشد:
 - موضوع به صورت یک جمله مثبت خبری؛
 - عدم استفاده از کلمات زائدی بدون نقش و باری در برنامه؛
 - آزمون پذیر مطرح شدن موضوع؛
 - محدود بودن موضوع تحقیق (ماهیتی/زمانی/مکانی/جامعه آماری)
- هدف کلی با افعالی مانند ارتقاء، افزایش، بهبود، حفظ، کاهش، پیشگیری بیان می‌شود. مثال: کاهش شیوع بیماری فشارخون در جمعیت تحت پوشش و کنترل عوامل خطر مربوطه.
۶. با توجه به اینکه دو عامل غیررفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اولویت‌دار انتخاب می‌گردد بایستی برای هر عامل غیررفتاری/ تعیین کننده های اجتماعی سلامت اهداف اختصاصی جداگانه تدوین گردد. در تدوین اهداف اختصاصی به ویژگی‌های اصلی شامل صریح، روشن، واضح و بدون ابهام بودن اهداف باید توجه شود و بدین منظور باید اهداف به صورت smart تنظیم شود
- کلمه SMART متشکل شده از پنج کلمه Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time-bound است.
- معین (Specific): بدین معنا که هدف را بشناسیم؛ یعنی یک هدف معین و مشخص داشته باشیم.
 - قابل اندازه‌گیری (Measurable): قابل اندازه‌گیری بودن هدف بدین معنا که بتوان میزان تحقق هدف و یا شکست را اندازه‌گیری کرد.
 - دست یافتنی (Achievable): باید به‌طور منطقی و صحیح قادر به رسیدن به آن هدف باشیم. هدف نباید غیرمنطقی و دست نیافتنی باشد.



- واقع بینانه (Realistic): هدف باید دست یافتنی و مطابق با توانایی و ظرفیت‌های موجود باشد.
- محدوده زمانی (Time-bound): بهتر است یک محدوده زمانی جهت تحقق هدف تعیین کنیم زیرا در غیر این صورت ممکنه تحقق هدف زمان زیادی را بگیرد.
- ۷. مثال: تجهیز دو تا از پارک‌های سطح روستای نصرآباد به حداقل پنج وسیله ورزشی توسط گروه حامی سلامت ... تا پایان سال ۱۴۰۱
- ۸. استراتژی در نظر گرفته شده برای عوامل ایجاد کننده غیر رفتاری، استراتژی‌هایی است مانند جلب حمایت همه جانبه از طریق تاثیر گذاری بر افراد کلیدی است و توانمندسازی، قادرسازی، جلب مشارکت جامعه، حمایت، واسطه‌گری که در تدوین فعالیت‌ها حتما به آن توجه شود.
- ۹. فعالیت‌های آموزشی با توجه به اهداف اختصاصی تنظیم گردد و مسئول اجرا، مسئول پیگیری و زمان اجرا مشخص شود.
مثال: فعالیت یک برای هدف اختصاصی بالا: هماهنگی با خیرین جهت خریداری وسایل ورزشی
مثال: فعالیت دو برای هدف اختصاصی بالا: هماهنگی جهت نصب وسایل ورزشی در پارک‌های منتخب
- ۱۰. هر یک فعالیت‌ها مشخص شود که برای کدام هدف اختصاصی است و شماره هدف اختصاصی در ستون مربوطه نوشته شود
- ۱۱. با توجه به شرایط، برآورد صحیح زمان لازم برای اجرای فعالیت بسیار مهم است.
- ۱۲. ستون آخر پس از انجام فعالیت پر خواهد شد و تیک تایید انجام فعالیت پس از اجرای برنامه زده خواهد شد.
- ۱۳. در آخر پس از تنظیم فرم، رییس شورا سلامت محله، تاریخ تکمیل فرم (روز/ ماه/ سال) را ثبت و فرم را امضاء و مهر می‌کند و سپس برای تایید و اصلاح به همراه فرم شماره ۳ به واحد آموزش و ارتقای سلامت ستاد مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌گردد.



صورت جلسه شورای ارتقای سلامت محله

استان: شهر: محله:

تاریخ تشکیل جلسه: محل تشکیل جلسه:		
حاضرین در جلسه:		
غایبین جلسه:		
موضوع (دستور کار) جلسه:		
موارد بررسی شده:		
مصوبات جلسه	مسئول پیگیری	زمان پیگیری



دستور کار جلسه بعدی:

دستورالعمل تکمیل فرم صورت جلسه شورای ارتقای سلامت محله

این فرم برای هر جلسه (با توجه به نیاز) که از شروع تا پایان مداخله ارتقای سلامت با حضور اعضای شورا برگزار می گردد، تکمیل و در دفتر دبیر شورا نگهداری می شود.



شاخص های محله ارتقا دهنده سلامت

سازمان دهی و جلب مشارکت جامعه برای سلامت و توسعه			
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص
۱	سرخوشه ها/داوطلبان از جامعه انتخاب شده و درخصوص فرایندهای نیازسنجی، اولویت بندی، جمع آوری داده، آماده سازی برنامه، پایش، ثبت و گزارش دهی آموزش دیده اند.		
۲	کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله تشکیل شده و وظایف و مسئولیت ها برای اعضا مشخص شده است.		
۳	مردم محله به صورت فعال در برنامه ریزی اجتماعی و بهداشتی نقش فعالی دارند و می توانند.		
۴	کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله، برنامه های ارتقادهنده سلامت را طراحی، اجرا، پایش و دستاوردها و چالش ها را ثبت کرده و راهکارهای محلی ارائه می کند.		
۵	کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله به دنبال ایجاد ارتباط با شرکای بالقوه برای توسعه محله خود می باشند.		
۶	گروه های مردمی تشکیل و در اجرای مداخلات ارتقای سلامت مشارکت می کنند.		



همکاری، مشارکت و حمایت طلبی بین بخشی				
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص	کامل
۱	اعضای شورای ارتقای سلامت محله از طرف بخش های مختلف معرفی شده اند.			
۲	شورای ارتقای سلامت محله در پایگاه سلامت و از نمایندگان مردم و سازمانهای مرتبط تشکیل شده است. صورتجلسه تمام جلسات ثبت و گزارش شده است.			
۳	رییس و دبیر برای شورای ارتقای سلامت محله انتخاب شده است.			
۴	امکانات فیزیکی و تسهیلات مناسب فراهم گردیده است.			
۵	اعضای تیم مسئولین و معتمدین در جلسات حضور مستمر داشته و پیشنهادات تخصصی خود را ارائه می کنند.			
۶	مشارکت کنندگان بالقوه، شناسایی شده و در راستای اجرای یک پروژه مشترک در محله سالم به کار گرفته شده اند.			
۷	نتایج موفق ثبت و منتشر می شوند. یک استراتژی جامع برای استفاده از فرهنگ محلی در راستای حمایت از برنامه محله ارتقا دهنده سلامت به کار گرفته می شود.			

توسعه سلامت				
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص	کامل
۱	مردم محله در خصوص اولویت های سلامت و برنامه های مرتبط آموزش دیده اند.			
۲	کانون فرهنگی اجتماعی سلامت محله در کمپین مرتبط با سلامت به صورت فعال مشارکت دارند.			
۳	تمام افراد با ناتوانی جسمی شناسایی شده و حمایت های اجتماعی لازم از آنها به عمل می آید.			
۴	مناطق پرخطر در محله شناسایی شده و اقدامات لازم برای کاهش آسیب در آن مناطق صورت گرفته است.			
۵	محله سالم عاری از جرم و جنایت، خشونت علیه زنان، مردان و نژادهای مختلف می باشد.			



شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله			
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص
کامل			
۱	شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله ایجادشده و سرخوشه ها/داوطلبین و اعضای کمیته بین بخشی درخصوص جمع اوری، آنالیز و استفاده از اطلاعات کلیدی آموزش دیده اند.		
۲	اطلاعات کلیدی در شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله به نمایش گذاشته شده و در اختیار جامعه و سایر مراکز ذیربط قرار داده می شود.		
۳	اطلاعات کلیدی برای پایش و حمایت از برنامه مورد استفاده قرار می گیرد.		
۴	فرم ها، نتایج و اطلاعات ارزیابی اولیه در رابطه با برنامه های در دست اجرا به خوبی ثبت شده، به روز هستند و در دسترس کمیته ها قراردارند.		
۵	شناسنامه فرهنگی اجتماعی محله به طور مرتب به روز رسانی می شود و برای برنامه ریزی و پایش مورد استفاده قرار می گیرد.		
۶	توسعه مهارت ها، آموزش شغلی و ظرفیت سازی علاقه مندی ها، مهارت ها و تکنولوژی های محلی ارزیابی شده و ارتقا داده می شوند.		
۷	افراد خلاق شناسایی شده و از آنها حمایت می شود.		



آمادگی و پاسخ در فوریت‌ها			
ردیف	عنوان	انجام نشده	ناقص
۱	وقایع مخاطره آمیز و بحرانی که در ۲۰ سال گذشته اتفاق افتاده شناسایی و اطلاعات مربوط به آن ثبت شده است.		
۲	یک کارگروه ارتباطات خطر تشکیل شده و وظایف به اعضا ابلاغ شده است.		
۳	پروفایل محله آماده شده و یک کپی از آن در خارج از محله نگهداری می شود.		
۴	سرخوشه ها/ داوطلبین در مورد برنامه های آمادگی و پیشگیری ارتباطات خطر آموزش دیده اند و در صورت نیاز می توانند کمک های اولیه را ارائه کنند.		
۵	یک برنامه ارتباطات خطر برای مدیریت بحران آماده شده و سازمان‌ها بر برنامه‌ها و بسیج منابع توافق کرده‌اند. جامعه نیز از برنامه آگاه است و افراد مسئول را می‌شناسند.		
۶	گروه‌های آسیب پذیر (مادران باردار، افراد ناتوان جسمی، بیماران مبتلا به بیماری مزمن، سالمندان، بیماران روانی و ...) شناسایی شده و اطلاعات آنها در اختیار سازمان‌های دخیل در مدیریت بحران قرار داده شده است.		
۷	لیست کانال های ارتباطی احصا شده است.		
۸	لیست ذینفوذان و معتمدین محلی احصا شده است.		
۹	سخنگوی رسمی برای شرایط بحرانی مشخص شده است.		
۱۰	تحلیل وضعیت موجود انجام شده است		
۱۱	سوالات پرتکرار مشخص و برای آن ها جواب تنظیم شده است		

